

# **Wissenschaftliche Bedarfsanalyse der Lebens- und Betreuungssituation älterer alkohol- bzw. opioidabhängiger Menschen in Berlin**

**2016**

erstellt im Auftrag der  
**Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales  
des Landes Berlin**

durch das  
**Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF)**

Autorinnen:  
**Dr. Kerstin Kammerer, Katrin Falk, Sabine Dummert**

Datum: 09.12.2016,  
leicht redigierte Fassung vom 19.12.2017



Institut für  
Gerontologische  
Forschung e.V.

Kontakt:

Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF)

Dr. Kerstin Kammerer

Katrin Falk, M. A.

Torstr. 178

10115 Berlin

[kammerer@igfberlin.de](mailto:kammerer@igfberlin.de)

+49 30 859 4908

<http://www.igfberlin.de/>

## **Danksagung**

Wir danken den InterviewpartnerInnen aus Suchthilfe, Altenhilfe und Pflege sowie medizinischer Versorgung, die sich trotz hoher Arbeitsbelastung Zeit für das Interview genommen und uns ausführlich über ihre Arbeit berichtet haben. Der größte Dank gebührt den InterviewpartnerInnen mit Abhängigkeitserkrankung, die uns Einblicke in ihre Lebenswirklichkeit im Umgang mit der Abhängigkeit und den Systemen von Sucht- und Altenhilfe gewährt haben. Der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales danken wir für die Beauftragung der Studie.

## Inhaltsübersicht

Abkürzungsverzeichnis .....	iv
1 Einleitung .....	1
2 Fragestellung und Methode.....	3
2.1 Fragestellung .....	3
2.2 Methodisches Vorgehen und Sample .....	3
3 Daten zu Sucht im Alter .....	9
4 Soziale und gesundheitliche Problemlagen und Bedarfe älterer suchtmittelabhängiger Menschen .....	11
4.1 Soziale Situation / Soziale Netzwerke .....	11
4.2 Wohnen .....	15
4.3 Finanzielle Situation .....	17
4.4 Beschäftigung und Freizeit .....	19
4.5 Straffälligkeit .....	22
4.6 Diversitätsaspekte .....	23
4.7 Weitere Themen.....	24
4.8 Gesundheitliche Situation älterer Abhängiger.....	28
4.9 Zusammenfassung Lebenssituation .....	35
5 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme .....	38
5.1 Suchthilfe.....	38
5.2 Ambulante und stationäre medizinische Versorgung.....	77
5.3 Altenhilfe und Pflege .....	86
5.4 Altersgemischte und altersspezifische Angebote .....	105
5.5 Verhältnis von Altenhilfe und Suchthilfe .....	107
6 Fazit .....	109
7 Handlungsempfehlungen.....	113
Literaturverzeichnis.....	117

## **Abkürzungsverzeichnis**

BeW	Betreutes Einzelwohnen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSHS	Berliner Suchthilfestatistik
CMA	Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige
DRV Bund	Deutsche Rentenversicherung Bund
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GGV	Geriatrisch-Gerontopsychiatrischer Verbund / Verbünde
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPGV	Gerontopsychiatrischer-Geriatrischer Verbund
IFT	Institut für Therapieforschung
IVP	InterviewpartnerIn, InterviewpartnerInnen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PSB	Psychosoziale Betreuung
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPV	Soziale Pflegeversicherung

## 1 Einleitung

Das Thema „Sucht im Alter“ hat in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. In Modellprojekten, auf Fachveranstaltungen, in Weiterbildungen und Fachartikeln werden Herausforderungen im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen bei älteren Menschen sowie Handlungserfordernisse diskutiert. In Berlin gibt es in Teilbereichen der Sucht- und Altenhilfe bereits eine hohe Sensibilität und spezialisierte Angebote für ältere Menschen mit Suchterkrankungen, während in anderen Bereichen das Thema bisher wenig wahrgenommen wird.

Fragt man nach den Besonderheiten der Lebenssituation älterer Suchtmittelabhängiger, nach gesundheitlichen und sozialen Problemlagen, nach Ressourcen und Bedarfen, dann schließen sich bald weitere Themen an, die im Alter bedeutsam werden. Angesprochen werden Pflegebedürftigkeit und Wünsche nach Autonomie sowie Altersbilder. Hinzu kommen heterogene Vorstellungen über die Suchterkrankungen, die sich mit Altersbildern vermischen können. Dies wird beispielsweise deutlich, wenn die Frage gestellt wird, ob sich eine Behandlung der Sucht im Alter überhaupt noch lohne, oder gar, ob man älteren Menschen wirklich ihre Suchtmittel und damit ihre letzte Freude wegnehmen sollte. In solchen Aussagen zeigt sich zum einen ein therapeutischer Nihilismus, der dazu führen kann, das Thema Sucht einfach zu ignorieren, zum anderen die Vorstellung, dass eine Behandlung der Sucht immer abstinenzorientiert sein muss. Die Lebensrealitäten zeigen jedoch ein breiteres Spektrum. In der Praxis finden wir Menschen, die unter gesundheitlichen und sozialen Folgen der Sucht leiden, aber auch ihre langjährig tragfähigen Überlebensstrategien. Es gibt diejenigen, die auch im Alter nicht auf Suchtmittel verzichten wollen oder können und diejenigen, die anfangen, ihren Konsum zu kontrollieren. Und es gibt die Erfolgsgeschichten derjenigen, die im höheren Alter ihre Sucht überwinden und positive Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Lebenssituation erleben.

Dazu, wie sich die Lebenssituation und Bedarfslagen der heterogenen Zielgruppen suchtmittelabhängiger älterer Menschen in Berlin im Einzelnen darstellen, welche Versorgungsangebote von ihnen in Anspruch genommen werden und wo Versorgungsprobleme und -lücken bestehen, ist bisher jedoch wenig bekannt.

Vor diesem Hintergrund beauftragte die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin das Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF) mit der Durchführung einer wissenschaftlichen Analyse der Lebens- und Betreuungssituation über 55-jähriger alkohol- bzw. drogenabhängiger Menschen in Berlin. Die hier vorliegende Studie wurde von Mai bis Dezember 2016 durchgeführt. Sie hat zum Ziel, Erkenntnisse zu gesundheitlichen und sozialen Problemlagen älterer alkohol- bzw. drogenabhängiger Menschen in Berlin, zu deren sozialer und gesundheitlicher Situation, zu Betreuungssituationen und Hilfebedarfen sowie zu der Inanspruchnahme vorhandener Versorgungsangebote und bestehenden Versorgungslücken zusammenzutragen. Weiterhin werden Empfehlungen zur Verbesserung der Lebens- und Betreuungssituation älterer alkohol- bzw. drogenkranker Menschen in Berlin

entwickelt. Die Studie stützt sich dabei auf allgemein zugängliche Daten und Berichte, eine altersgruppenspezifische Sonderauswertung des Instituts für Therapieforschung zur Berliner Suchthilfestatistik (BSHS) sowie auf insgesamt 29 leitfadengestützte Interviews, die mit ExpertInnen aus der Sucht- und Altenhilfe in Berlin geführt wurden.

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die Fragestellung und das methodische Vorgehen in der Studie ausgeführt (Kapitel 2) und einige Daten zu Abhängigkeitserkrankungen im Alter vorgestellt (Kapitel 3). Es folgt eine Darstellung der Ergebnisse zur Lebenssituation und den Bedarfslagen älterer suchtmittelabhängiger Menschen (Kapitel 4), wobei auf die soziale Situation und Netzwerke (4.1), auf die Wohnsituation (4.2), die finanzielle Situation (4.3), Beschäftigung und Freizeit (4.4), Straffälligkeit (4.5) sowie Diversitätsaspekte (4.6) eingegangen wird. In der Analyse der Interviews wurden als weitere Themen (4.7) Stigma und Scham, spezifische Wünsche und Anliegen älterer Abhängiger, insbesondere Fragen der Lebensbilanzierung und Zielsetzung, identifiziert. Das Kapitel schließt mit Ausführungen zur gesundheitlichen Situation älterer Abhängiger (4.8) und einer Zusammenfassung der berichteten Ergebnisse (4.9). An diese Darstellung der Lebenssituation und Bedarfslagen schließt sich der Bericht über die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und identifizierte Versorgungsprobleme an (Kapitel 5), der entlang der Versorgungsbereiche Suchthilfe (5.1), medizinische Versorgung (5.2) sowie Altenhilfe und Pflege (5.3) gegliedert ist, gefolgt von Überlegungen zu altersgemischten und -spezifischen Angeboten (5.4) sowie dem Verhältnis von Altenhilfe und Suchthilfe (5.5). Aufbauend auf diese Kapitel werden nach einem Fazit der wichtigsten Bedarfe und Versorgungsprobleme (Kapitel 6) schließlich Handlungsempfehlungen für unterschiedliche Handlungsfelder und -ebenen gegeben (Kapitel 7).

## 2 Fragestellung und Methode

### 2.1 Fragestellung

Die vorliegende wissenschaftliche Bedarfsanalyse zielt auf eine Erfassung der Lebens- und Betreuungssituationen über 55-jähriger abhängigkeiterkrankter Menschen mit Alkohol- oder Opioidabhängigkeit<sup>1</sup> im Land Berlin sowie auf die Entwicklung von Handlungsempfehlungen aufgrund der ermittelten Hilfebedarfe bzw. der vorhandenen Betreuungssituationen. Gemäß der Ausschreibung konzentriert sich die Studie auf die Situation älterer Menschen mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, wobei – wie angeboten – im Hinblick auf die Drogenabhängigkeit die Situation opiat- bzw. opioidabhängiger älterer Menschen fokussiert wird.

Die Ziele der Studie sind im Einzelnen:

- die Benennung gesundheitlicher und sozialer Problemlagen älterer alkohol- bzw. opioidabhängiger Menschen in Berlin,
- Erkenntnisse über Probleme, Einschränkungen, Betreuungssituationen und Hilfebedarfe älterer alkohol- bzw. opioidabhängiger Menschen,
- Erkenntnisse zur Inanspruchnahme vorhandener Versorgungsangebote und zu bestehenden Versorgungslücken für ältere alkohol- und opioidabhängige Menschen,
- Erkenntnisse zu Bedarfen der Betroffenen und ggf. ihrer Betreuer sowie deren Vorschläge zur Verbesserung der Lebens- und Betreuungssituation.

Die Ergebnisse zu den beiden erstgenannten Zielen werden insbesondere in den Kapiteln Daten (Kapitel 3) und Problemlagen (Kapitel 4) dargestellt, diejenigen zur Inanspruchnahme und zu Versorgungsangeboten in Kapitel 5. Die Ergebnisse zu Bedarfen und Vorschlägen zur Verbesserung der Lebens- und Betreuungssituation finden sich aufgrund ihres Querschnittscharakters in allen Ergebniskapiteln inklusive des Fazits (Kapitel 6) und der Handlungsempfehlungen (Kapitel 7).

### 2.2 Methodisches Vorgehen und Sample

Die vorliegende wissenschaftliche Bedarfsanalyse zielt auf eine umfassende Exploration der Lebenssituation, Problemlagen, Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme älterer Menschen mit Alkohol- oder Opioidabhängigkeit in Berlin. Um diesem explorativen Charakter Rechnung zu tragen, wurden als Datengrundlage bereits vorhandene Berichte und Statistiken herangezogen und Interviews mit ExpertInnen aus der Sucht- und Altenhilfe sowie mit älteren abhängigkeiterkrankten Menschen geführt. Die Kombination von – soweit vorhanden – quantitativen Daten mit qualitativen Erhebungen (Interviews), die einen verstehenden

---

<sup>1</sup> Für abhängige Menschen werden in der Fachliteratur und von den InterviewpartnerInnen unterschiedliche Bezeichnungen verwendet. Wir verwenden in diesem Bericht zumeist den Begriff abhängige oder abhängigkeiterkrankte Menschen für die genannte Zielgruppe (beide Stoffgruppen) sowie Alkohol- und Opioidabhängigkeit. Opioidabhängigkeit umfasst hier als Überbegriff Menschen mit Heroin-/Opiatabhängigkeit und Substituierte.



Zugang zulassen, ermöglicht eine umfassende Beantwortung der genannten Fragestellungen.

### **2.2.1 Methodisches Vorgehen**

Zunächst erfolgte eine Aufarbeitung der Datenlage aus vorhandenen Berichten, Erhebungen und Veröffentlichungen zu den oben genannten Fragestellungen. Unter anderem wurden die vom Institut für Therapieforschung (IFT) aufbereiteten und durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zur Verfügung gestellten altersspezifischen Daten der Berliner Suchthilfestatistik berücksichtigt (Kapitel 3).

Zeitgleich wurden in Berlin vorhandene Angebote der Suchthilfe, die sich insbesondere an ältere Menschen richten, recherchiert. Da die pflegerische, medizinische und psychosoziale Betreuung und Versorgung für abhängige Menschen mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt, wurden auch Angebote der Altenhilfe, Pflege und Beratung berücksichtigt sowie weitere relevante Akteure des Versorgungssystems (Sozialpsychiatrischer Dienst, Wohnungslosenhilfe, medizinische Versorgung) ergänzt (vgl. Kapitel 2.2.2).

Auf Grundlage von Erkenntnissen aus der Fachliteratur zu Sucht im Alter sowie gerontologischer Expertise zu Versorgungsproblemen und -bedarfen älterer Menschen wurden die Interviewleitfäden für die Experteninterviews entwickelt. In den Interviews wurden weitere relevante Akteure erfragt, um gegebenenfalls auch bisher nicht berücksichtigte ExpertInnen zu erfassen und eine möglichst hohe Sättigung zu erreichen. Die notwendige Begrenzung der Studie brachte es naturgemäß mit sich, dass nicht alle für das Themenfeld potenziell relevanten ExpertInnen einbezogen werden konnten (vgl. Kapitel 2.2.2). In den Interviews wurden die Akteure jeweils auch zu ihren Einschätzungen der weiteren Versorgungsbereiche befragt.

Die Interviews wurden mittels Audiomitschnitt aufgezeichnet und entsprechend dem mit den InterviewpartnerInnen jeweils vereinbarten Anonymisierungsgrad anonymisiert<sup>2</sup>. Die telefonisch geführten Interviews mit VertreterInnen der Pflegestützpunkte wurden während des Telefonats nach einem Kategorienschema schriftlich dokumentiert oder, wenn die Interviewpartnerinnen einverstanden waren, mittels Audiomitschnitt aufgezeichnet. Alle Interviews wurden je nach Informationsgehalt (teil-) transkribiert oder inhaltsanalytisch (Mayring 2008) nach deduktiv und induktiv entwickelten Kategorien schriftlich zusammengefasst. Dabei wurden die deduktiven Kategorien zu Beginn auf Basis der Fragestellung und der o. g. Recherchen entwickelt. Das Kategoriensystem wurde durch induktive Kategorien, die aus dem Interviewmaterial entwickelt wurden, im Laufe der Auswertungen ergänzt. Anschließend erfolgte eine Zusammenführung aller Interviews und übergreifende Auswertung mit Unterstützung von MAXQDA, einer Software zur computergestützten Analyse qualitativer Daten.

---

<sup>2</sup> Einige InterviewpartnerInnen wünschten eine Anonymisierung, aus der nur der jeweilige Tätigkeitsbereich (Angebotstyp und Zielgruppe) erkenntlich wird, während andere mit der Nennung ihres Klarnamens und/oder des Klarnamens der Einrichtung, in der sie tätig sind, einverstanden waren. Die Darstellung erfolgt weitgehend einheitlich unter Beschränkung auf Angebotstyp und Zielgruppe; einzelne Angebote werden sich aufgrund des Dargestellten jedoch von KennerInnen der Hilfelandschaft identifizieren lassen.

### 2.2.2 Sample und Feldzugang

Um einen umfassenden Einblick in die Lebenssituation und Versorgungsbedarfe älterer abhängiger Menschen zu bekommen, war es notwendig, InterviewpartnerInnen aus sehr heterogenen Handlungsfeldern einzubeziehen. Andererseits war es aus forschungspraktischen Gründen – insbesondere aufgrund der kurzen Laufzeit der Untersuchung – nötig, die Zahl der InterviewpartnerInnen zu begrenzen, weshalb Auswahlentscheidungen getroffen werden mussten.

Die Recherche ergab für die Handlungsfelder (s. u.) verschiedene potenzielle InterviewpartnerInnen. Es wurde eine Priorisierung vorgenommen, bei der die verschiedenen Stoffgruppen (Alkohol, Opioide), verschiedene Behandlungs- oder Versorgungsschwerpunkte (Beratung, Behandlung, Wohnen) und Ausrichtungen (abstinenzorientiert, Konsum tolerierend) berücksichtigt wurden. Weiterhin wurden Einrichtungen aus unterschiedlichen Berliner Bezirken ausgewählt.

Der Zugang zu den (potenziellen) InterviewpartnerInnen verlief unterschiedlich. Bei einem Teil der ExpertInnen stieß die Anfrage auf großes Interesse, meist handelte es sich dabei um InterviewpartnerInnen, die sich bereits mit dem Thema Sucht im Alter befasst haben und/oder mit der Zielgruppe arbeiteten. Im Bereich der Suchthilfe fiel bereits beim Zugang eine unterschiedliche Bewertung der Relevanz auf, so antworteten einige Einrichtungen auf die Anfrage mit der Einschätzung, dass ältere Menschen diese nur selten in Anspruch nähmen. Auch bei Einrichtungen der Altenhilfe (Pflegeeinrichtungen, offene Altenhilfe) war das Interesse zum Teil wenig ausgeprägt, manche Anfragen wurden abschlägig beschieden mit dem Verweis, dass sich die Einrichtung nicht explizit mit dem Thema befasse. In einigen Bereichen der medizinischen Versorgung (Kliniken etc.) wurde, und dies ist erfahrungsgemäß nicht ungewöhnlich, aufgrund einer hohen Arbeitsbelastung ein Interview abgelehnt. All dies bestimmte die Auswahl der InterviewpartnerInnen mit. Insgesamt wurden 29 Interviews realisiert und mit diesen die angestrebten Handlungsfelder abgedeckt.

Zur besseren Übersicht werden die InterviewpartnerInnen fünf Versorgungsbereichen wie folgt zugeordnet:

#### **A. Leitfadengestützte Experteninterviews (29 Interviews)**

**1. Suchthilfe:** ExpertInnen, die Erfahrung in der Suchthilfe und mit der Zielgruppe älterer Abhängiger haben bzw. aufgrund ihrer Position über Wissen über Problemlagen verfügen und in Beratungsstellen, Entzug und Entwöhnung sowie Wohneinrichtungen tätig sind.

**2. Altenhilfe, Pflege, Beratung:** ExpertInnen, die in der offenen Altenhilfe sowie ambulanten und stationären Pflege oder Pflegeberatung tätig sind bzw. diese koordinieren und gestalten, darunter:

**Pflegestützpunkte:** MitarbeiterInnen sechs verschiedener Pflegestützpunkte unterschiedlicher Bezirke, deren MitarbeiterInnen eine Weiterbildung zum Thema Sucht im Alter erhalten haben.

**3. Gesundheitliche Versorgung:** Ein Hausarzt mit (langjähriger) Substitutionspraxis sowie zwei sozialpsychiatrische Dienste, da diese eine wichtige Schnittstelle in der Versorgung abhängiger Menschen darstellen.

**4. Weitere Akteure:** Eine bezirkliche Altenhilfekordinatorin, ein bezirklicher Suchthilfekordinator, eine Vertreterin der Suchtprävention und Qualifizierung aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mit der Thematik. Weiterhin wurde eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe ausgewählt, da sich zeigte, dass dort auch ältere abhängige Menschen ankommen, die wenig Anbindung ans Suchthilfesystem haben.

**5. Suchtmittelabhängige im Alter 55+:** Um die Perspektive älterer Abhängigkeitserkrankter Menschen selbst zu erfassen, wurden sechs abhängige ältere Menschen (fünf Männer, eine Frau) interviewt, und zwar vier gegenwärtig abstinent lebende Menschen, ein Älterer mit reduziertem Konsum und ein Opioidabhängiger in diamorphingestützter Substitution.

### B. Sekundärauswertung von Interviews mit HausärztInnen aus der Studie PSYTIA<sup>3</sup>

Zusätzlich wurden 14 vorhandene, transkribierte Interviews mit HausärztInnen zum Psychotherapiezugang älterer Menschen mit depressiven Erkrankungen in die Analyse einbezogen. Diese wurden gesichtet und enthaltene Interviewaussagen zur Situation älterer alkohol- bzw. drogenabhängiger Menschen einbezogen. Das Thema Alkoholabhängigkeit älterer Menschen wurde in zwei Interviews angesprochen. Auf die entsprechenden Passagen wird in der Ergebnispräsentation mit dem Kürzel PSY2F04 oder PSY2F11 Bezug genommen.

**Tabelle: Übersicht über die der Analyse zugrundeliegenden Interviews**

Nr.	Handlungsfeld	Funktion/Qualifikation	ID
<b>Experteninterviews im Rahmen der wissenschaftlichen Bedarfsanalyse (29 Interviews)</b>			
<b>1. Suchthilfe (6 Interviews)</b>			
1	Regionale Beratungsstelle für Suchtkranke (Alkohol und Medikamente)	1. Einrichtungsleitung 2. Mitarbeiterin (Soz.-Päd.)	SiA01
2	Suchtberatung, integrierte Drogenhilfe (Drogen)	Regionalleitung	SiA02
3	Fachklinik Entwöhnung (stationär und ambulant), (Alkohol und Medikamente)	Chefarzt	SiA03
4	Krankenhaus der Pflichtversorgung (Klinik für Suchtmedizin)	Leitung	SiA17
5	Entwöhnung (ambulant) (Alkohol, Drogen, Medikamente)	Leitung	SiA04
6	Betreutes Einzelwohnen (CMA) (vorrangig Alkohol)	Leitung	SiA05
<b>2. Altenhilfe, Pflege, Beratung (11 Interviews)</b>			
7	Offene Altenarbeit in Stadtteileinrichtung	Mitarbeiterin	SiA06
8	Offene Altenarbeit in Stadtteileinrichtung	Leitung	SiA07
9	Ambulanter Pflegedienst (mit ambulant-psychiatrischem Pflegeangebot)	Mitarbeiter (Soz.-Arb.)	SiA08

<sup>3</sup> Das Forschungsvorhaben PSYTIA– Psychotherapie im Alter – fokussierte Barrieren und Möglichkeiten des Zugangs zu Psychotherapie für ältere Menschen mit Depressionen. Es wurde vom IGF e. V. von Oktober 2013 – November 2016 durchgeführt und unter dem Förderkennzeichen 01GY1310 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (vgl. Falk et al. 2017).

Nr.	Handlungsfeld	Funktion/Qualifikation	ID
10	Wohnangebot für Menschen mit Alkoholabhängigkeit	Heimleitung (Suchttherapeutin)	SiA09
11	Pflegeeinrichtung (stationär, CMA)	Mitarbeiterin (Pflegefachkraft)	SiA10
12	Pflegestützpunkt	Regionalleitung (Soz.-Arb.)	SiA11a
13	Pflegestützpunkt	Mitarbeiterin Beratung	SiA11b
14	Pflegestützpunkt	Mitarbeiterin Beratung (Soz.-Arb.)	SiA12
15	Pflegestützpunkt	Leitung	SiA13
16	Pflegestützpunkt	Mitarbeiterin Beratung (Soz.-Arb.)	SiA14
17	Qualifizierung Pflegestützpunkte	Leitung	SiA15
<b>3. Gesundheitliche Versorgung (3 Interviews)</b>			
18	Hausarzt mit Substitutionsangebot	Facharzt für Allgemeinmedizin	SiA16
19	Sozialpsychiatrischer Dienst	1. Mitarbeiterin (Psychologin) 2. Mitarbeiterin (Soz.-Arb.)	SiA18
20	Sozialpsychiatrischer Dienst	Mitarbeiterin (FÄ Psychiatrie)	SiA19
<b>4. Weitere Akteure (3 Interviews)</b>			
21	Bezirkliche Altenhilfekoordination und bezirkliche Suchthilfekoordination	Altenhilfekoordinatorin Suchthilfekoordinator	SiA20
22	Suchtprävention (Schulung/Weiterbildung)	Fachreferentin	SiA21
23	Wohnungslosenhilfe	Leitung (Soz.-Arb.)	SiA22
<b>5. Betroffene (6 Interviews)</b>			
24	Opioidabhängigkeit, diamorphingestützte Substitution, betreutes Wohnen	58 Jahre, m	SiA23
25	Alkoholabhängigkeit, reduzierter Konsum, betreutes Einzelwohnen	60 Jahre, m	SiA24
26	Alkoholabhängigkeit, abstinent lebend, eigene Wohnung	72 Jahre, m	SiA25
27	Alkoholabhängigkeit, abstinent lebend, eigene Wohnung	85 Jahre, w	SiA26
28	Alkoholabhängigkeit, abstinent lebend, eigene Wohnung	67 Jahre, m	SiA27
29	Alkoholabhängigkeit, abstinent lebend, eigene Wohnung	65 Jahre, m	SiA28
<b>B Sekundärauswertung (2 Interviews)</b>			
30	Hausärztin	Fachärztin für Allgemeinmedizin	PSY2F04
31	Hausärztin	Fachärztin für Allgemeinmedizin	PSY2F11
<b>Gesamt</b>		<b>31 Interviews (darunter 2 Sekundärauswertungen)</b>	

### 2.2.3 Qualität der Daten und Generalisierbarkeit

Die interviewten ExpertInnen und ihre Einrichtungen sind auf unterschiedliche Zielgruppen eingestellt, z. B. auf Menschen, die von bestimmten Stoffgruppen abhängig sind. In manchen Einrichtungen finden sich ältere Abhängige, die sich nicht so sehr von den jüngeren unterscheiden. In spezialisierten Einrichtungen z. B. des betreuten Wohnens sind eher stärker Betroffene zu finden, die z. B. bereits unter zahlreichen Begleiterkrankungen leiden. In speziellen Stationen von Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leben in der Regel diejenigen, die schwer von körperlichen, psychischen und sozialen Einschränkungen

kungen betroffen sind. Somit bietet jede Einrichtung einen Blick auf einen besonderen Ausschnitt der Problematik älterer Suchtmittelabhängiger.

Aufgrund der Anlage der Studie beziehen sich Aussagen zu abhängigen Menschen im Folgenden in der Regel auf diejenigen Gruppen, die Zugang zum Suchthilfesystem oder zu anderen Hilfesystemen gesucht und gefunden haben. Zur Situation alkoholabhängiger Menschen, die keinen Kontakt zum Suchthilfesystem, aber z. B. zur pflegerischen Versorgung haben, gibt es zumindest einige Aussagen von InterviewpartnerInnen. Aussagen zur Situation von Menschen, die von Opioiden abhängig sind und die ohne Kontakt zum Suchthilfesystem ein höheres Lebensalter erreicht haben, können im Rahmen der durchgeführten Studie nicht gemacht werden. Zwar nehmen manche unserer InterviewpartnerInnen an, dass die Gruppe der nicht ins Suchthilfesystem eingebundenen, drogenabhängigen Älteren sehr klein sei, da viele schon eingebunden seien in Hilfen und dass teilweise ein Zugang da sei, z. B. über Konsumräume und aufsuchende Streetwork (SiA21z, 205-208, SiA18, 174-179). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass über die Gruppe langjährig konsumierender Opioidabhängiger, die keinen Kontakt zum Suchthilfesystem gesucht haben, wenig bekannt ist. Eine Exploration der spezifischen Bedarfe der Gruppe würde ein deutlich aufwändigeres Studiendesign erfordern.

Medikamentenabhängigkeit oder schädlicher Medikamentenkonsum wurden in den Experteninterviews immer wieder angesprochen, insbesondere im Hinblick auf ältere Menschen, sind jedoch nicht Thema dieser Expertise.

In einigen Teilen des vorliegenden Berichts wird auf Daten der Berliner Suchthilfestatistik für das Jahr 2014 Bezug genommen. Die Suchthilfestatistik umfasst Daten von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, die mit dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich Suchtkrankenhilfe erhoben und vom Institut für Therapieforschung in München (IFT) ausgewertet wurden (SenGesSoz 2015a). Das IFT hat der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eine Sonderauswertung zur Verfügung gestellt, die sich mit dem Vergleich der Altersgruppe der 35- bis 55-Jährigen und der über 55-Jährigen mit Alkohol- und Opioidabhängigkeit in Berlin befasst (Jahr 2014). Diese Daten werden im vorliegenden Bericht einbezogen. Dabei wird hauptsächlich auf die ambulanten Betreuungen<sup>4</sup> Bezug genommen, da die Anzahl der Betreuungen im stationären Bereich, insbesondere der älteren Opioidabhängigen, sehr klein ist. Die genannten Prozentangaben beziehen sich immer auf die Betreuungen, nicht auf die Personen, d. h. es ist möglich, dass Personen mehrfach in ambulanter Betreuung waren.

---

<sup>4</sup> Betreuung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Personen das (ambulante) Suchthilfesystem in Anspruch genommen haben, z. B. die Suchtberatung oder Fachambulanzen.

### 3 Daten zu Sucht im Alter

An dieser Stelle werden vorliegende Daten zur Alkohol- und Opioidabhängigkeit im Alter vorgestellt. Weitere statistische Daten, insbesondere die Daten der Sonderauswertung der Suchthilfestatistik des IFT zu altersspezifischen Daten (s. o.), zur Lebenssituation und Inanspruchnahme der Suchthilfe, sind den entsprechenden Kapiteln 4 und 5 vorangestellt.

Die größte Gruppe der älteren Menschen mit stoffgebundenen Suchterkrankungen sind Alkoholabhängige (SenGesSoz 2014). Zur Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung älterer alkoholabhängiger Menschen in Deutschland liegen wenige Daten vor (AMWF 2016, 283). Nach Schätzungen liegt bei 2-3% der Männer und bei 0,5 bis 1% der Frauen über 65 Jahren eine Alkoholabhängigkeit bzw. ein Alkoholmissbrauch vor (DHS 2006). Abhängigkeit wird häufig nicht diagnostiziert. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 35% der Alkoholabhängigen in Deutschland eine entsprechende Diagnose aufweisen (Kraus et al. 2015).

In der Fachliteratur werden u. a. zwei Formen der Alkoholabhängigkeit unterschieden: Ältere Menschen, die schon lange alkoholabhängig sind oder schon früher im Leben Phasen der Abhängigkeit hatten („*early onset*-Alkoholismus“) und Menschen, die erst im späteren Alter alkoholabhängig geworden sind („*late onset*-Alkoholismus“). Die erste Gruppe macht in etwa zwei Drittel der Abhängigen aus, die zweite Gruppe ein Drittel. Der Frauenanteil ist bei den *late-onset*-Alkoholikern größer als bei der *early-onset*-Gruppe (vgl. zusammenfassend Wolter 2012). Auch wenn es sich um Prototypen handelt, die sich in der Versorgungswirklichkeit nicht immer unterscheiden lassen, kann doch anhand dieser Unterteilung verdeutlicht werden, dass es sich um Menschen mit unterschiedlichen Belastungen und Ressourcen handelt. So ist die soziale und finanzielle Belastung der *early onset*-Abhängigen in der Regel größer und die Prognose weniger gut. Negative gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums sind wahrscheinlicher. Bei den *late-onset*-Abhängigen werden kritische Lebensereignisse oder Belastungen als Anlass für einen Einstieg in die Alkoholabhängigkeit angenommen, z. B. Berentung, Verwitwung und/oder Einsamkeit. Die Chancen für einen Ausstieg aus der Abhängigkeit, die gesundheitliche und soziale Situation werden in der Regel als weniger schwierig eingeschätzt (vgl. zusammenfassend Wolter 2012). Die beiden Gruppen stellen unterschiedliche Anforderungen an das Versorgungssystem.

Die Prävalenz für Opiatabhängigkeit wird in Europäischen Ländern auf 0,5-1% geschätzt (Dürsteler-MacFarland et al. 2011, 93). In Deutschland sollen ca. 50.000 Personen, die 40 Jahre und älter sind, Opioide konsumieren (Vogt et al. 2009 zit. nach Eppler et al. 2011, 167).

Ältere Menschen mit Opioidabhängigkeit<sup>5</sup> sind in der Regel alt gewordene, langjährige Abhängige. Wenn sie Kontakt zum Suchthilfesystem haben, sind sie häufig substituiert, insbesondere, da Heroinabhängigkeit Agilität erfordert (z. B. Geld- und Drogenbeschaffung, Vermeiden von Inhaftierung), die mit zunehmendem Alter immer mehr abnimmt. Durch Substi-

---

<sup>5</sup> Als Opioide werden im Folgenden natürliche und künstliche Opiate bezeichnet, d.h. der Begriff umfasst u. a. Heroin und Substitute wie Methadon.

tution (und entsprechende begleitende Betreuung) ist die Lebenserwartung der Substituierten gestiegen (Westermann et al. 2011, 211). Daten zur Substitutionsbehandlung im Alter, z. B. zu Wirkungen und Wechselwirkungen der Substitute und zum Beikonsum, fehlen jedoch (Dürsteler-MacFarland et al. 2011, 98).

In Berlin befanden sich am 31.12.2013 insgesamt 4.629 Menschen in Substitutionsbehandlung (SenGesSoz 2014, 30). Die Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen stellt die größte Gruppe dar. 465 Substituierte sind über 55 Jahre, 153 Substituierte über 60 Jahre und 6 über 70 Jahre alt (ebd.). Die Zahl der älteren Substituierten wird in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter ansteigen.

## **4 Soziale und gesundheitliche Problemlagen und Bedarfe älterer suchtmittelabhängiger Menschen**

Im Folgenden wird die soziale und gesundheitliche Lebenssituation von alkohol- bzw. opioidabhängigen, über 55-jährigen Menschen aus Sicht unterschiedlicher ExpertInnen und der Betroffenen selbst vorgestellt. Die Darstellung der Ergebnisse folgt in ihrer Gliederung der Fragestellung der Studie. Die Erkenntnisse aus der Analyse der statistischen Materialien werden dabei mit den Ergebnissen aus der Auswertung der Experteninterviews zusammengeführt und entlang der Themenbereiche der wissenschaftlichen Bedarfsanalyse präsentiert.

Ältere abhängige Menschen stellen eine heterogene Gruppe dar. Im vorliegenden Bericht betrachten wir in der Regel die Altersgruppe der über 55-Jährigen und unterscheiden zwischen Alkohol- und Opioidabhängigkeit, wobei hier in erster Linie die Abhängigkeit von Heroin bzw. Substituten gemeint ist. Bekannt ist, dass es auch innerhalb dieser Stoffgruppen große Unterschiede in der Lebenssituation der Betroffenen gibt. Konsummuster variieren stark und können sich im Laufe des Lebens, auch im höheren Alter, verändern (Vogt 2011, 32). Die Menge und die Dauer des Konsums beeinflussen die Prognose und die gesundheitlichen und sozialen Belastungen sowie die Aussicht auf Abstinenz. Risikosituationen bestehen vor allem für schwer erkrankte, nicht-abstinente Menschen, die nicht in der Suchthilfe oder durch andere Angebote betreut werden.

### **4.1 Soziale Situation / Soziale Netzwerke**

Altwerden ist auch ein sozialer Prozess – Menschen werden gemeinsam mit anderen, das können PartnerInnen, FreundInnen oder Angehörige sein, älter (Tesch-Römer 2010, 16). Soziale Beziehungen können dem Leben Stabilität und Sinn verleihen. Sie können auch bei zunehmendem Unterstützungsbedarf hilfreich sein. Im Folgenden gehen wir auf die Partnersituation, auf das Zusammenleben sowie auf Angehörige und FreundInnen ein.

#### **4.1.1 Partnersituation**

Zur Partnersituation von über 55-jährigen Personen, die das Suchthilfesystem im Jahr 2014 in Berlin in Anspruch genommen haben, liegen Daten der Suchthilfestatistik (IFT) vor (vgl. Kapitel 3). Die vorliegenden Angaben beziehen sich darauf, ob die Befragten alleinstehend oder in fester Beziehung sind. Von 1.472 berichteten Betreuungsfällen über 55-Jähriger, die aufgrund von Alkoholabhängigkeit in ambulanter Behandlung waren, sind knapp 50% alleinstehend. Damit sind die 55-Jährigen etwas seltener alleinstehend als die jüngere Altersgruppe (35-55: 54% alleinstehend). In stationärer Behandlung Befindliche sind zu rund 65% alleinstehend. Damit sind diese häufiger alleinstehend als die 35- bis 55-Jährigen (56,2%) (Specht et al. 2016).

Bei den Betreuungsfällen wegen Opioidkonsums ist der Anteil der Alleinstehenden deutlich höher als im Bereich Alkohol. Unter den 191 ambulanten Betreuungsfällen über 55-Jähriger



im Opioidbereich sind rund 73% alleinstehend; im stationären Bereich sind es alle fünf (männlichen) Betreuungsfälle, zu denen Angaben gemacht wurden (Specht et al. 2016).

#### **4.1.2 Lebenssituation**

Auch die Frage, mit wem die Betreuten zusammen leben, kann Aufschluss über die soziale Situation geben. Erhebungen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zeigen, dass gut drei Viertel aller 55- bis 69-Jährigen in Deutschland als Ehepaar zusammen in einem Haushalt lebt (76%) (Engstler et al. 2010).

Zur Lebenssituation von über 55-jährigen abhängigen Personen, die das Suchthilfesystem in Berlin in Anspruch genommen haben, liegen Daten der Suchthilfestatistik (IFT) vor. Alkoholabhängige Menschen über 55 Jahre in ambulanter Betreuung sind mit 55,8% nahezu genauso häufig alleinlebend wie diejenigen, die 35- bis 55 Jahre alt sind. Bei gesonderter Betrachtung der Geschlechter zeigt sich allerdings, dass Männer ab 56 Jahre seltener allein leben (53,2% leben allein) als die jüngere Altersgruppe (der 35- bis 55-Jährigen, 59,9%). Rund 40% der über 55-jährigen Männer, die nicht allein leben, leben mit PartnerIn. Dagegen sind über 55-jährige Frauen mit 60,3% häufiger alleinlebend als 35- bis 55-jährigen Frauen (47,2%). Der Anteil der Frauen, die mit PartnerIn zusammenleben, beträgt 32,7%. Im Vergleich mit den 35- bis 55-Jährigen leben die Personen über 55 seltener mit Kindern zusammen und seltener mit sonstigen Personen. Dies ist naheliegend, da die Kinder der älteren Gruppe bereits ein Alter erreicht haben, in dem sie eigenständig wohnen (Specht et al. 2016).

Opiatabhängige über 55 Jahre sind häufiger alleinlebend als die 35- bis 55-jährigen (53% der 35-55 und 72,8% der 56+ leben allein). Dies betrifft beide Geschlechter (Specht et al. 2016).

Von den Betreuungen in stationärer Behandlung aufgrund von Alkoholabhängigkeit leben knapp 70% der Betreuungsfälle der über 55-Jährigen alleine (gegenüber knapp 56% der ambulant Betreuten) und damit mehr als in der Altersgruppe der 35- bis 55-Jährigen (60,5%). Für die Gruppe der über 55-Jährigen Abhängigen von Opioiden umfassen die Angaben fünf Fälle, bei denen „alleinlebend“ angegeben wurde (Specht et al. 2016).

Damit sind die befragten abhängigen Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zu einem erheblich größeren Teil alleinstehend und alleinlebend.

#### **4.1.3 Angehörige und Freunde**

Einsamkeit (z. B. durch Tod des/der PartnerIn oder von FreundInnen, Auszug der Kinder) wird zum einen als Risikofaktor für die Entstehung oder die Verschlimmerung einer Abhängigkeitserkrankung im Alter genannt (vgl. zsf. Lieb et al. 2008, 76), zum anderen schildern die interviewten ExpertInnen den Verlust sozialer Netzwerke als Folge jahrelanger Abhängigkeit (SiA04, 115-120, SiA05, 200-211, SiA08, 310-316, SiA16, 23). Dies betrifft sowohl ältere Alkoholabhängige als auch Substituierte.

Vorhandene soziale Kontakte bestehen oft zu Menschen in ähnlichen Situationen und werden als nicht sehr tragfähig eingeschätzt (auch SiA17, 305-308, SiA19, 436-442), jedenfalls wenn keine abstinenten Lebensweise vorliegt:

*„Und natürlich bestehen dann schon noch Kontakte ins Milieu, also zu Leuten die ebenfalls trinken. Aber es ist den Klienten schon auch bewusst, dass es eben Kontakte sind, die auch nur deshalb bestehen, indem man gemeinsam trinkt.“ (SiA05, 200-211)*

Jahrelange Abhängigkeit führe häufig dazu, dass Menschen keinen Kontakt mehr zu ihren Angehörigen haben (z. B. SiA09, 421-445; SiA17, 291-299). Die interviewten ExpertInnen schildern jedoch, dass insbesondere der Kontakt zu Kindern ein wichtiges Thema im Alter sei (SiA02, 239-250).

*„Da sehe ich übrigens einen Unterschied. Bei den Älteren entsteht eher wieder so ein Bedürfnis, doch auch den Kontakt zur Familie wieder herzustellen und zu gucken, ob man da wieder anknüpfen kann.“ (SiA19, 388-406)*

Das Thema sozialer Beziehungen bekommt vermutlich auch mit beginnender Pflegebedürftigkeit zunehmende Relevanz, mit der Angst vor dem Verlust der Selbständigkeit, da dies auch die Frage aufwirft, wer gegebenenfalls unterstützen kann. Eine Expertin schildert, dass die Vermittlung in Pflegeeinrichtungen häufig dann erfolgt, wenn alkoholabhängige ältere Menschen aufgrund von gesundheitlichen Notlagen ins Krankenhaus kommen und eine selbständige Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann (SiA10, 204-207). Das Risiko ist umso höher, wenn Menschen alleinstehend sind und über wenige Ressourcen (Geld, Information) verfügen.

Die interviewten ExpertInnen berichten, dass in den Einrichtungen (hier im stationären Wohnen bzw. im Pflegeheim) gemeinsam versucht wird, wieder Kontakte zu Angehörigen herzustellen (SiA09, 421-445, SiA10).

*„Da ist ja auch so viel kaputt gegangen im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte, dass man da eventuell irgendwo einen Punkt findet, wo man wieder andocken kann, dass man eventuell sagt, man findet doch irgendwie einen kleinen gemeinsamen Nenner, also zwischen Bewohner und Angehörige, dass die wieder Zugang zu ihren Familien finden, dass die vielleicht mal Weihnachten mit nach Hause genommen werden, weil die verändern sich ja hier auch sehr positiv.“ (SiA10, 479-490)*

Nicht nur bei der Wiederherstellung eines Kontaktes zur Familie können MitarbeiterInnen des Suchthilfesystems, Einrichtungen des betreuten Wohnens oder der stationären Versorgung von Bedeutung sein. Auch innerhalb dieser Einrichtungen gibt es die Möglichkeit, wieder soziale Kontakte zu knüpfen. Einrichtungen können aus Sicht der interviewten ExpertInnen einen Familienersatz (SiA22, 629-651) bilden.

Ein Problem sei es, wenn Abhängige die Einrichtungen (z. B. disziplinarisch aufgrund von Regelverstößen oder aus leistungsrechtlichen Gründen) verlassen müssen:

*„Und die sozialen Kontakte auch, die man hatte, die sind ja dann auch weg. Also wenn die irgendwo rausfliegen, dann verlieren die nicht nur ihre Wohnung, sondern auch ihre sozialen Kontakte. Das ist auch schlimm. (...) Die kommen (...) aus einer Situation wo die Familien schon seit langem gesagt haben, ‚komm, also mit dir können wir jetzt nichts mehr zu tun haben‘. Und dann übernehmen die Leute in diesen Einrichtungen, in denen sie leben, diesen Familienersatz, ja? (...) Die stehen ihnen ja auch näher, als man das von außen ahnen kann. Dann fliegen die raus, dann ist alles weg, ne? Die Einrichtungen weg und die Freunde weg und der Familienersatz wieder weg und wieder alles neu. Kommt man, kennt nur noch die paar, die man immer auf der Straße wiedertrifft oder beim Substi-Arzt oder- ja. Und das ist auch nicht so einfach und die wollen auch oft gerne hierbleiben, die wollen nicht wieder irgendwo rausfliegen.“ (SiA22, 629-651)*

Mitunter finden ältere abhängige Menschen auch in Einrichtungen außerhalb der Suchthilfe Anbindung, z. B. in Kirchengemeinden oder religiösen Vereinigungen (SiA05, 280-287; SiA05, 410-474) oder der offenen Altenhilfe (SiA07, 58-63), die mehr oder weniger gut auf diese Zielgruppe eingestellt sind. Dies trifft allerdings eher auf Alkoholabhängige zu.

Ein Hausarzt, der bereits langjährig Substituierte betreut, beschreibt ältere Substituierte als eher einsam und zurückgezogen. Sie würden ungern Angebote wahrnehmen, die auch von jüngeren, aktiv Drogen konsumierenden Substituierten wahrgenommen würden (SiA16, 28-39). Auch der in der Betreuung Substituierter arbeitende Interviewpartner beschreibt Ältere als wenig „szeneaktiv“, eher distanziert gegenüber jüngeren, beikonsumierenden Substituierten (SiA02, 346-353). Ein wichtiger langjähriger Kontakt können SozialarbeiterInnen der Psychosozialen Betreuung sein. Die MitarbeiterInnen der psychosozialen Betreuung seien häufig „die einzig verlässliche Größe in der normalen Welt“ (SiA02, 346-353).

SozialarbeiterInnen und MedizinerInnen, zu denen die älteren Abhängigen Kontakt haben, werden als wichtige GesprächspartnerInnen beschrieben. Der substituierte Interviewpartner ist froh um diese Möglichkeit:

*„Ja, ich kann hier mit den Mitarbeitern sprechen. In der Praxis kann ich mit den Ärzten sprechen, also das, sowas hab ich noch nicht erlebt in meiner ganzen Drogenkarriere, die ja verdammt lang war, ich kenn nicht viele, die 58 sind, also viele sind tot. Machen wir uns nichts vor. Und einige kümmern sich halt unheimlich, das ist einfach irre.“ (SiA23, 39-47)*

Auch ein Interviewpartner mit einer langjährigen alkoholbezogenen Störung und kontrolliertem Konsum hatte in einer schwierigen Phase, in der er aufgrund von psychischen und körperlichen Problemen nicht mehr vor die Tür gehen wollte, Unterstützung durch Betreuer des betreuten Einzelwohnens (SiA24, 45-53). Mit anderen KlientInnen des betreuten Wohnens

kommt er nicht immer gut zurecht, er hat aber andere soziale Kontakte, z. B. eine Partnerbeziehung (SiA24, 164-166).

Die interviewten abstinenten alkoholabhängigen Menschen aus der Therapiegruppe haben, anders als die langjährig Abhängigen, guten Kontakt zu ihren Familien und sind sozial gut eingebunden (SiA25-SiA28).

**Fazit:** Insbesondere langjährig abhängige Menschen haben häufig wenige (tragfähige) soziale Beziehungen. Ältere Abhängige haben nach Erfahrung der interviewten ExpertInnen häufiger als Jüngere den Wunsch, wieder Kontakte zu Angehörigen, insbesondere zu Kindern herzustellen. SozialarbeiterInnen oder TherapeutInnen der Suchthilfe sind wichtige AnsprechpartnerInnen. Insbesondere bei Substituierten kann sich durch eine langjährige psychosoziale Betreuung eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln. Stationäre Einrichtungen, die auf die Zielgruppe eingestellt sind (Personalschlüssel, Qualifikation), können ebenfalls den Rahmen für die Entwicklung und Pflege sozialer Beziehungen bieten (vgl. Kapitel 5.1.7).

## 4.2 Wohnen

Zur Wohnsituation liegen Daten der Suchthilfestatistik (IFT) vor. Unterschieden wird in den Daten danach, ob Menschen alleinlebend sind oder mit anderen zusammenleben (z. B. mit PartnerInnen, Kindern, Eltern, sonstigen Personen).

Hinsichtlich der Wohnsituation zeigt sich, dass über 55-jährige alkoholabhängige Menschen in ambulanter Betreuung in knapp 92% der Fälle vor Beginn der Betreuung selbstständig gewohnt haben (zum Zeitpunkt sechs Monate vor Betreuungsbeginn). Damit wohnen die 55-Jährigen häufiger selbstständig als die 35- bis 55-Jährigen. 2,8% der über 55-Jährigen leben im Wohnheim/Übergangsheim, 1% war wohnungslos oder lebte in Notunterkünften. Dies trifft auch auf opioidabhängige Menschen über 55 Jahre in ambulanter Betreuung zu. In der stationären Betreuung zeigt sich ein ähnliches Bild (Specht et al. 2016).

Bei diesen Daten muss berücksichtigt werden, dass es sich um Angaben von Menschen handelt, die einen Zugang zur Betreuung oder Behandlung gefunden haben, d. h. ins Suchthilfesystem eingebunden sind. Für Menschen, auf die dies nicht zutrifft, besteht wahrscheinlich auch ein größeres Risiko, wohnungslos zu werden. Wohnungsverlust wird von den InterviewpartnerInnen als ein Risiko abhängiger Menschen aller Altersgruppen geschildert. Im höheren Alter kumulieren Problemlagen jedoch oft, weil z. B. gesundheitliche Einschränkungen oder finanzielle Probleme (Übergang zur Rente) auftreten, welche das Risiko, die Wohnung zu verlieren, erhöhen können. Nach einem Wohnungsverlust haben insbesondere Menschen mit wenig Einkommen große Schwierigkeiten, in Berlin erneut Wohnraum zu erhalten.

*„Die verlieren ja auch häufiger ihre Wohnung, weil sie dann die Miete nicht gezahlt haben, weil sie sehr, sehr auffällig waren, so. Und das ist eigentlich- das größte Problem ist eigentlich der Wohnraum, der nicht- viele wären in der Lage dann durchaus alleine auch zu wohnen, vielleicht noch mit einem BEW (betreutes*

*Einzelwohnen) als Unterstützung. Aber das scheitert daran, dass die keine Wohnung finden.“ (SiA18, 451-483)*

Die Verwahrlosung der Wohnung und gegebenenfalls drohender Wohnungsverlust, zum Beispiel weil die Miete nicht mehr gezahlt wurde und die abhängigen Menschen „die ganzen Dinge des täglichen Bedarfs, des Alltags nicht mehr regeln können“ (SiA22, 47-60) wird mehrfach von verschiedenen interviewten ExpertInnen angesprochen (SiA08, 67-77, SiA02, 96-106; SiA09, 43-51). Aber auch der Zugang zu unterstützenden Leistungen, z. B. wenn gleichzeitig ein Pflegebedarf besteht, sei schwierig:

*„Vermittlung in Pflege, man muss halt dazu sagen, (...) dass die Leute teilweise nicht wollen, dass wir sie in der Wohnung besuchen, weil sie Angst haben, dass sie dann ihre Autonomie verlieren. Also, die wollen nicht, dass man sieht, dass die nicht mehr saubermachen oder sonst was.“ (SiA02, 363-368)*

Der Zugang zu unterstützenden Leistungen, die einen Wohnungsverlust verhindern könnten, z. B. Hilfen im Haushalt oder beim Umgang mit Vermietern, wird mitunter aus Angst vor Autonomieverlust, aber auch aus Scham vermieden.

Wohnungen in dem Quartier zu finden, in dem die abhängigen Menschen jahrelang selbstständig oder in Wohneinrichtungen gelebt haben, wird immer schwieriger. Auch aus Einrichtungen des betreuten Wohnens, die nicht als Dauermaßnahme konzipiert sind, wird es aufwändiger, Menschen in eigenen Wohnraum zu bringen. Immer häufiger müssen Menschen bei Auszug aus dem betreuten Wohnen an den Stadtrand ziehen:

*„Das führt dann wieder zu neuen Problemen, (nämlich) dass die ganzen Beziehungen (...) sei es auf dem Amt, sei es zu Ärzten, sei es zu dies, zu das, zu jenem, wieder verloren gehen und die Person dann, mit den etlichen Handicaps denn, die sie sich erworben hat, im Laufe seine Lebens plötzlich eigentlich ja in ner neuen Stadt landet.“ (SiA02, 185-2016)*

Nicht immer seien ältere Menschen unzufrieden damit, aus der Stadt in die Umgebung zu ziehen. Eine interviewte Expertin (betreutes Einzelwohnen) schildert, dass es ihr gelang, zwei älteren Männern Wohnungen außerhalb Berlins zu vermitteln:

*„Einer ist in die Nähe von (nennt Stadt in Brandenburg) gezogen und der andere an die Grenze zu Polen, in solche Gebiete, die dort neu errichtet wurden. Also die waren beide zufrieden mit dem Umzug. Die fanden das super. Schön ruhig, alles da, was man braucht.“ (SiA05, 508-580)*

Dennoch bleibt nicht aus, dass die Betroffenen vor Ort keine sozialen Kontakte haben und keinen Kontakt zum Hilfesystem und ein Umzug in eine fremde Umgebung im Alter auch eine große Belastung darstellen kann. Kommen verschiedene Risikosituationen zusammen, z. B. Verwahrlosung der Wohnung, körperliche Einschränkungen und alleine zu leben, be-

steht die Gefahr, in stationäre Versorgung überwiesen zu werden, obwohl eine ambulante Versorgung noch möglich wäre (vgl. Kapitel 5.3.3.4).

Die Wünsche der Betroffenen selbst werden in den Experteninterviews allerdings nicht immer deutlich, da die Akteure aus der Logik ihrer jeweiligen Institution argumentieren und die sechs interviewten älteren Abhängigen nicht in der Situation einer prekären Versorgung mit Wohnraum sind. Bekannt ist aber, dass die Mehrzahl der älteren Menschen auch im Alter in der eigenen Wohnung leben bzw. nicht mehr umziehen wollen (BMVBS 2011, 56).

In stationären Wohneinrichtungen sind die Hausregeln unterschiedlich, auch was den Konsum von Alkohol angeht. Mehrfach wurde von den interviewten ExpertInnen berichtet, dass langjährig abhängige Menschen sich nicht immer an Regeln halten würden und deswegen auch häufiger aus Wohneinrichtungen verwiesen würden (SiA09, 119-128), insbesondere wenn diese nicht auf die Zielgruppe spezialisiert sind.

Der in einer Einrichtung des gemeinschaftlichen Wohnens lebende substituierte Interviewpartner erklärt, gefragt nach Wünschen bezüglich seiner Situation bzw. der anderer älterer Substituierter, dass es mehr solcher Wohnmöglichkeiten bräuchte. Er sei mit dem betreuten Wohnen und den dortigen MitarbeiterInnen sehr zufrieden, würde allerdings lieber mit (mehr) Gleichaltrigen zusammenleben: *„die Altersunterschiede sind hier riesig, die meisten sind in einer ganz anderen Phase als ich“* (SiA23, 159-167). Außerdem müsse er immer wieder einen neuen Antrag nach §67, SGB XII, stellen und würde gerne *„fester“* dort leben, womit er ein dauerhaft finanziertes Wohnangebot meint (SiA23, 159-167).

**Fazit:** Wohnungsverlust ist eine Komplikation des Suchtmittelkonsums, die auch ältere Menschen betrifft, insbesondere wenn Problemlagen kumulieren (zunehmend eingeschränkte Gesundheit, psychische Probleme, fehlende soziale Kontakte). Für ältere abhängige Menschen mit wenig Einkommen ist es sehr schwierig, nach Wohnungsverlust wieder Wohnraum in Berlin zu finden. Eine Überweisung ins Pflegeheim nach einem Krankenhausaufenthalt wird von den interviewten ExpertInnen als häufiges Szenario geschildert, wenn Alltagskompetenzen eingeschränkt sind. Allerdings sei oft noch ein selbstständiges Wohnen mit Unterstützung (Einzelfallhilfe, ambulanter Pflegedienst) möglich. Zwar kann eine stationäre Unterbringung im Idealfall Chancen auf eine bessere Versorgung und z. B. soziale Kontakte mit sich bringen. Dies ist allerdings nicht immer gewährleistet (vgl. Kapitel 5.3.3.4). Ein Heimeinzug ist zudem in der Regel mit Autonomieverlust verbunden.

### 4.3 Finanzielle Situation

Sucht geht häufig, je nach Schweregrad, mit einer schwierigen finanziellen Situation, z. B. durch Arbeitslosigkeit und Verschuldung einher. In der Gesamtbevölkerung sind laut Mikrozensus 56,1% der Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen in Deutschland erwerbstätig (Statistisches Bundesamt 2010a, 90). Die Erwerbsbeteiligung älterer abhängiger Menschen ist erwartungsgemäß sehr viel geringer als in der Gesamtbevölkerung.

Zur Erwerbssituation älterer Abhängiger in Berlin liegen Daten der Suchthilfestatistik (IFT) vor. Am Tag vor (ambulantem) Betreuungsbeginn sind ein Viertel der älteren Alkoholabhängigen als Arbeiter/Angestellte/Beamte erwerbstätig, in der jüngeren Gruppe sind dies 33,8%. ALG II beziehen 22,5% der über 55-Jährigen und 41,1% der 35- bis 55-Jährigen. Berentet sind 39,8% der über 55-Jährigen, in der jüngeren Altersgruppe (35-55 Jahre) sind dies 7,4% (Specht et al. 2016).

Bei den Opioidabhängigen ist die Erwerbsbeteiligung insgesamt geringer. 8,4% der über 55-Jährigen und 6,5% der 35- bis 55-Jährigen sind als Arbeiter, Angestellte oder Beamte tätig. Arbeitslos nach SGB II sind knapp zwei Drittel der 35- bis 55-Jährigen und 40,8% der älteren Gruppe. Etwa ein Drittel der über 55-Jährigen (35,1%) ist berentet, unter den jüngeren sind es 6%. Die Daten zur Erwerbssituation nach Betreuungsende unterscheiden sich nicht wesentlich von denen bei Betreuungsbeginn (Specht et al. 2016).

Auch zur Verschuldung liegen Daten der Suchthilfestatistik (IFT) vor. Über 55-Jährige sind häufiger als 35- bis 55-Jährige schuldenfrei, dies betrifft alkohol- und opioidbezogene Betreuungsfälle aus ambulanter und stationärer Betreuung (Specht et al. 2016).

Auch wenn Schulden eine geringere Rolle spielen als bei jüngeren Abhängigen, ist die finanzielle Situation häufig prekär. Interviewte Experten schildern finanzielle Schwierigkeiten älterer, langjährig abhängiger Menschen (SiA16, 27, SiA21, 70-73), die sich auf viele Lebensbereiche auswirken, z. B. auf das Finden einer Wohnung (SiA05, 511-517) oder Freizeitbeschäftigungen (SiA05, 251-254). Die Oberärztin einer Suchtklinik berichtet:

*„Wir haben Patienten, da ist Strom und Wasser abgestellt. Oder die haben kein Versicherungsverhältnis mehr.“ (SiA17, 254-258)*

Wo es an Unterstützung bei finanziellen, bürokratischen Angelegenheiten fehlt (vgl. Kapitel 5.3.3.4), kann ein Verlust der Wohnung und damit Obdachlosigkeit der abhängigen älteren Menschen drohen.

Der interviewte Experte, der in der Betreuung Substituierter arbeitet, schildert, dass die von ihm betreuten älteren Substituierten in der Regel lange Zeit kein Einkommen hatten und mit zunehmendem Alter der Wechsel von ALG II in die Rente bzw. Grundsicherung aktuell wird (SiA02, 207-216). Die Betroffenen können sich in der Regel – selbst mit Unterstützung bei der Beantragung gesundheitlicher Versorgungsleistungen und Hilfsmittel – nur ein Mindestmaß an Versorgung leisten. In der Regel haben sie aufgrund ihrer finanziellen Situation einen Anspruch auf Befreiung von der Zuzahlungspflicht, deren Beantragung für viele jedoch eine Hürde darstellt, wenn sie keine Unterstützung dabei erhalten (SiA02, 403-417). Substituierte, die eine Anbindung an die Psychosoziale Betreuung haben, finden bei finanziellen Fragen dort in der Regel Unterstützung.

Hinsichtlich der Schulden besteht im Alter aus Sicht des Experten nur unter bestimmten Umständen noch Handlungsbedarf, z. B. wenn diese freiheitsbedrohend sind. Oft sei klar, dass

ältere substituierte Menschen nicht mehr aus den Schulden herauskämen, dies sei anders als bei jüngeren Menschen (SiA02, 181-184).

Die vier interviewten abstinent lebenden AlkoholikerInnen (IP SiA25-SiA28) schildern keine finanziellen Einschränkungen, sie konnten trotz langjährigem, aber relativ kontrolliertem Alkoholkonsum Erwerbstätigkeiten nachgehen. Die Biografien des Substituierten sowie des nach eigener Einschätzung kontrolliert konsumierenden Interviewpartners mit Alkoholabhängigkeit sind dagegen stark von der Sucht beeinflusst. Zum Zeitpunkt des Interviews, im Alter von 60 bzw. 58 Jahren, verfügen sie nur über wenige finanzielle Mittel und es bestehen geringe Aussichten, dass sich dies noch einmal verändern wird. Beide kompensieren dies auf unterschiedliche Weise. Der kontrolliert Alkohol konsumierende Interviewpartner hat lange Zeit Pfandflaschen gesammelt und sich damit einen regelmäßigen Zuverdienst geschaffen. Zudem sammelt er Dinge auf der Straße, die er selbst benutzt oder weiterverkauft. Der Interviewpartner in Substitutionsbehandlung erhält durch seine Anbindung an die Substitutionspraxis z. B. Lebensmittel über die Berliner Tafel.

**Fazit:** Die finanzielle Situation ist insbesondere bei langjährig abhängigen Menschen häufig prekär. Der leistungsrechtliche Übergang zur Berentung ist insbesondere für langjährig Abhängige, für die ein lückenloser Leistungsbezug existentiell ist, nicht einfach zu bewältigen. Alkoholabhängige mit Anbindung an das Hilfesystem (z. B. Pflegedienst) oder Substituierte mit PSB finden Unterstützung im Umgang mit der finanziellen Situation und daraus resultierenden Problemen, sowie dabei, die Möglichkeiten von Befreiungen auszuschöpfen. Wo dies nicht der Fall ist, können schnell finanzielle Notlagen entstehen, die zu entsprechenden Folgen, z. B. zum Verlust der Wohnung, führen.

#### 4.4 Beschäftigung und Freizeit

Erwerbslosigkeit und Berentung wurden als Risikofaktoren für Suchtmittelkonsum geschildert, aber auch schwierige Arbeitssituationen, die die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung begünstigen könnten. Als besonders belastend wurde Schichtarbeit (SiA04) beschrieben, die sich ungünstig auf die soziale Situation auswirkt und häufig zu gesundheitlichen Problemen führt, z. B. zu Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (SiA04, 168-179). Weiterhin wird die Berentung als Risikosituation für erhöhten Suchtmittelkonsum beschrieben (vgl. zsf. Lieb et al. 2008, 76), insbesondere dann, wenn Menschen schon längere Zeit regelmäßig getrunken haben, aber wegen der Erwerbstätigkeit Nüchternheitsphasen oder einen mehr oder weniger kontrollierten Konsum praktiziert haben.

Eine interviewte Expertin berichtet:

*„Also ich habe wirklich, wenn Ältere, immer Menschen zu sitzen, die wenn man nachfragt, 20, 30 Jahre Trinkerfahrung haben, die sich natürlich noch in dem Kontext gut teilweise gesellschaftlich orientieren konnten, auch noch lange diese Erkrankung, trotz dem sie die hatten, sich gesellschaftlich einfügen konnten, teilweise ihre Arbeitsstellen, krankgeschrieben, Kuren, Entzüge, aber irgendwie immer noch in so einem Kontext der Gesellschaft gelebt haben und jetzt erst ir-*



*gendwie im Alter so abgestürzt sind ein Stück oder durch fehlende Mietzahlungen wie gesagt oder dass die Erkrankung so fortgeschritten ist, dass sie nicht mehr dieses Level, dieses gesellschaftlichen, der gesellschaftlichen Norm mehr erreicht haben.“ (SiA09, 633-652)*

Auch zwei der inzwischen trockenen Alkoholabhängigen haben mit der Berentung stärker angefangen, zu trinken.

*„Da hat ich ja nun auch mehr Freizeit. Und wenn man mehr Freizeit hat, dann hat man ja auch ein bisschen mehr Langeweile, war ja nun doch so von einem Tag auf den anderen, erst praktisch immer voll da, eher Überstunden gemacht (...) und nun war ich denn tagtäglich zu Hause, und dann hat man natürlich auch noch ein bisschen mehr dem Alkohol zugesprochen. Man hatte ja mehr Zeit. Man hat denn nicht mehr so ne Verantwortung.“ (SiA25, 47-63)*

Wie bei jüngeren abhängigen Menschen ist die Zeit der älteren Abhängigen mehr oder weniger durch die Beschaffung und den Konsum des Suchtmittels strukturiert. Zudem erfüllt Suchtmittelkonsum in der Regel auch psychische Funktionen, so dass nach einem Entzug depressive Verstimmungen, Einsamkeit, erlebte Traumata oder andere negative Befindlichkeiten aufscheinen können (SiA04, 269-284). Diese können z. T. in Entwöhnungsbehandlungen therapeutisch thematisiert werden. Aber auch die Gestaltung der freien Zeit sei ein wichtiges Thema, v. a. nach der Behandlung, aber auch während der Substitution. Eine als sinnvoll erlebte Beschäftigung könne dabei helfen, Abstinenz aufrechtzuerhalten, sagen die interviewten ExpertInnen und Betroffenen. Viele abhängige Ältere sind nicht mehr erwerbstätig, z. T. sind sie schon berentet. Damit fällt das berufliche Feld als Beschäftigung weg.

*„Die Älteren haben in der der Regel keine Arbeit mehr, was für viele – vor allem der ostsozialisierten – Klienten ein großes Problem ist. Weil die sich sehr über Arbeit definiert haben, also es auch ganz schlimm ist keine Arbeit zu haben. (...) Sie haben damit Schwierigkeiten, dass sie unterbeschäftigt sind. Aber natürlich auch in dem Zustand, in dem sie sich befinden, nicht arbeitsfähig sind. Also nicht so, dass es ein richtiger Job sein könnte. Das ist ein Problem.“ (SiA05, 184-194)*

Sinnvolle Beschäftigung wird auch von den Betroffenen als wichtiges Mittel zur Aufrechterhaltung von Abstinenz genannt. Die interviewten abstinent lebenden Alkoholabhängigen schildern:

*„Das Verlangen nach Alkohol bestand natürlich trotz der Entgiftung, nicht, wie das so üblich war. Aber sehr viel geholfen hat mir dabei einmal, dass ich mir eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung gesucht habe. Das war sehr wichtig. (...) Ich war schon Rentner, und meine Frau hat noch gearbeitet. Das war eigentlich der Knackpunkt. Würd ich mal so sagen. (...) Und wie gesagt, eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung und der Halt und ich würde sagen auch der Druck von Seiten der Familie.“ (SiA27, 14-22)*

Die interviewten abstinent lebenden Alkoholabhängigen schildern, dass sie angefangen haben, Sport zu treiben, Gartenarbeit zu machen oder Enkel zu betreuen (z. B. SiA28, 220-233). Alle vier waren in der Lage, eigenständig neue Freizeitbeschäftigungen zu finden oder an frühere Aktivitäten anzuknüpfen.

Mit der Abstinenz können auch verloren gegangene Interessen zurückkehren:

*„Wenn sie noch in Partnerschaft leben, kann ich noch Zweisamkeit leben, ich kann wieder reisen, ich kann wieder organisieren, also so insgesamt verändert sich das. Und selbst diejenigen, die halt allein leben, bleiben aktiv. Ich denke jetzt so an eine 85-Jährige, die ich so bildlich vor mir habe, die eben darauf achtet, dass sie jeden Tag rausgeht und dass sie ihren Kreis hat, mit dem sie sich trifft. Das kann sie natürlich nur und das sagt sie auch (...) weil sie nicht mehr trinkt.“  
(SiA01, 529-537)*

Gesundheitliche Einschränkungen, die soziale Situation, Angst vor Stigmatisierung etc., aber auch fehlende finanzielle Ressourcen (SiA05, 251-254) können zudem die Suche nach Beschäftigung erschweren. Abhängige illegaler Drogen bzw. Substituierte haben, wenn sie auf weniger geradlinige Biografien zurück blicken, z. T. größere Probleme, sich nach außen zu orientieren.

*„Es ist schon so, dass unsere Patienten häufig eher Schwellen sehen, sich außerhalb dieser Szene zu orientieren. Es gibt wenig Leute, die jetzt zu nem Rentner-Cafe gehen würden oder zu irgendner Form von Aktivität, wo nicht irgendwo die Überschrift Sucht mit drin ist. Und das beruht glaub ich durchaus auch auf Gegenseitigkeit (...), dass sich diese Lebenswelten nicht gut vermischen. Entsprechend bieten wir natürlich allerlei Aktivitäten an, wo wir versuchen, dem irgendwie entgegen zu wirken. Ist natürlich immer noch die Überschrift Sonderwelt.“  
(SiA02, 433-453)*

Beschäftigung und Tagesgestaltung haben auch eine Wirkung auf Menschen, die nicht abstinent leben, schildert eine Interviewpartnerin aus einem stationären Wohnangebot für nicht-abstinente Menschen. Sie erlebe immer wieder, dass Menschen in ihrer Einrichtung durch Beschäftigungsangebote und soziale Kontakte weniger Alkohol konsumieren würden (SiA09, 341-354). Auch die interviewte Mitarbeiterin aus dem Pflegeheim mit CMA<sup>6</sup>-Station berichtet, dass neue BewohnerInnen „in einem erbärmlichen Zustand“ (SiA10, 491-506) in die Einrichtung kämen und durch Ernährung, Anregung zur Selbstpflege und die Einhaltung einer Tagesstruktur stabilisiert würden, so dass Freizeit- und soziale Aktivitäten möglich würden (SiA10, 491-506). Auch die Beschäftigungswünsche der chronisch mehrfach Beeinträchtigten

---

<sup>6</sup> Als CMA (Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige) werden Menschen bezeichnet, deren chronischer Suchtmittelkonsum zu schweren physischen und psychischen Beeinträchtigungen sowie weiteren Folgeproblemen geführt hat.

würden sich von den Wünschen der üblichen Klientel eines Pflegeheims unterscheiden. Sie würden an den üblichen Angeboten der Altenpflege kein Interesse haben, sondern

*„Die brauchen einen Kicker und nen Dart und die brauchen auch mal einen richtigen schönen Film am Abend und das macht Spaß, wenn man mit denen mal rausgeht, Fußball spielen oder wenn man mit denen sagt, wir machen mal eine Runde Volleyball oder so, das ist ein anderer Beschäftigungsbedarf.“ (SiA10, 134-144)*

Die Wünsche nach Beschäftigung unterscheiden sich und sind nicht nur abhängig von der Biografie, sondern auch von gesundheitlichen Einschränkungen.

Der substituierte Interviewpartner (SiA23) arbeitet zurzeit noch eine Geldstrafe ab und sagt: *„wenn ich abends nach Hause komme, hab ich das Gefühl, ich hab irgendwie was geschafft“* (SiA23, 80-83). Er empfindet seine Tätigkeit als sinnvoll und ist durch die Arbeit und die Wege zum Substitutionsarzt sehr ausgelastet.

**Fazit:** Eine als sinnvoll erlebte Gestaltung der Zeit ist eine Herausforderung für viele Menschen, die nicht (mehr) im Erwerbsleben stehen. Von den interviewten ExpertInnen und von den Betroffenen wird (Freizeit-) Beschäftigung erwartungsgemäß als sehr wichtig angesehen. Sie ist nicht nur nach einem Entzug und für die Aufrechterhaltung der Abstinenz von Bedeutung, sondern kann auch eine Konsumreduzierung unterstützen. Da die Beschäftigungswünsche sehr unterschiedlich sind, sollten die Beschäftigungsangebote in Einrichtungen individuell, nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit den BewohnerInnen, gestaltet werden. Je nach Schweregrad der Abhängigkeit bieten sich unterschiedliche Freizeitbeschäftigungen an: Die interviewten abstinent lebenden Alkoholabhängigen waren in der Lage, an frühere Freizeitaktivitäten anzuknüpfen und eigenständig neue, sinnhafte Beschäftigung zu finden. Für schwerer Betroffene ist dies in der Regel nicht so einfach. Substituierte orientieren sich häufig an Angeboten, die speziell für ihre Zielgruppe angeboten werden und haben schwerer Zugang zu Angeboten „für alle“. Hindernisse auf der Suche nach Beschäftigung sind z. B. Angst vor Stigmatisierung, gesundheitliche Einschränkungen und fehlende finanzielle Ressourcen.

#### **4.5 Straffälligkeit**

Zu gerichtlichen und weiteren Auflagen (Arbeitgeber, Rentenversicherung etc.) liegen Daten der Suchthilfestatistik (IFT) vor. Ambulant betreute über 55-jährige Alkohol- und Opioidabhängige haben seltener gerichtliche Auflagen als die 35- bis 55-Jährigen, wobei alkoholabhängige Menschen insgesamt deutlich seltener gerichtliche Auflagen haben als opioidabhängige Betreuungsfälle. Am häufigsten sind bei den Opioidabhängigen Auflagen nach dem BtMG: 6,8% der über 55-jährigen Opioidabhängigen haben entsprechende Auflagen, in der jüngeren Altersgruppe (35- bis 55 Jahre) sind es 16,2% (Specht et al. 2016).

Umgekehrt sieht es bei den weiteren Auflagen aus. Ambulant behandelte alkoholabhängige über 55-Jährige sind stärker von Auflagen durch den Arbeitgeber (24,6%), aber auch durch

die Rentenversicherung oder Krankenversicherung (7,4%) betroffen als die jüngere Altersgruppe. Beide Altersgruppen haben nahezu ebenso häufig Auflagen durch die Straßenverkehrsbehörde (7,4% bzw. 7,2%). Unterschiede zeigen sich erwartungsgemäß bei den Auflagen der Arbeitsagentur bzw. des Jobcenters, von denen die ältere seltener als die jüngere Altersgruppe betroffen ist (55+: 3,3%, 35-55 Jahre: 11,8%). Zwar hatten einige der jüngeren Opioidabhängigen ebenfalls solche Auflagen, aber keiner der älteren Opioidabhängigen (Specht et al. 2016)

Diese Ergebnisse zeigen sich zum Teil auch in den Interviews mit den ExpertInnen. Ein Interviewpartner, der in der Betreuung Substituierter arbeitet, bestätigt, dass ältere Substituierte (der Interviewpartner bezieht sich hier auf Menschen über 45 Jahre) seltener straffällig sind als jüngere Suchtmittelabhängige (SiA02, 261-262), was er auf eine veränderte Lebensführung der älteren Altersgruppe zurückführt:

*„Das wesentliche ist schon, dass diese Hektik-Themen wegfallen, dieses Therapievermitteln um dem Knast zu entgehen, diese ganzen Justizgeschichten und so was ist sehr, sehr reduziert im Alter bis gar nicht mehr da.“ (SiA02, 558-564)*

Eine Interviewpartnerin aus einer Einrichtung des betreuen Wohnens vorwiegend für alkoholabhängige Menschen berichtet, dass Ältere nur in Ausnahmefällen straffällig würden, z. B. vor dem Hintergrund von psychischen Erkrankungen oder Bagatelldelikten (z. B. Schwarzfahren) (SiA05, 211-224).

**Fazit:** Straffälligkeit spielt im Alter eine geringere Rolle als bei jüngeren abhängigen Menschen.

#### **4.6 Diversitätsaspekte**

Ältere abhängige Menschen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der genannten Stoffgruppen, Abhängigkeitsdauern und Lebenssituationen, sondern auch in Bezug auf ihre Genderzugehörigkeit oder ihren Migrationshintergrund. Über die letztgenannten Aspekte machten die Interviewten jedoch wenig Aussagen.

Typische, aus der Fachliteratur bekannte Genderaspekte (Wolter 2012, 164) werden auch von den interviewten ExpertInnen benannt, z. B. dass mehr Männer alkoholabhängig und abhängig von illegalen Drogen sind als Frauen (SiA01, 787-805), mehr Frauen dagegen medikamentenabhängig (SiA10, 282-286; SiA21, 116-124). Diese Aussagen bezogen sich auf alle Altersgruppen, gelten aber mindestens ebenso für ältere Menschen.

Über ältere abhängige Menschen mit Migrationshintergrund machten die interviewten ExpertInnen eher zurückhaltende Aussagen und wenn, dann in der Regel zu MigrantInnen aller Altersgruppen. Viele Aussagen betrafen MigrantInnen türkischer oder arabischer Herkunft. So wurde mehrfach geäußert, dass die Familie insbesondere bei türkischen MigrantInnen eine größere Rolle spiele (SiA02, 572-589; SiA08, 444-448). Scham und die Angst vor Stigmatisierung seien noch stärker ausgeprägt als bei Abhängigen ohne Migrationshintergrund

(SiA08, 444-448, SiA19, 516-538; SiA21, 307-330). Insbesondere bei Frauen spiele der Konsum von Medikamenten eine große Rolle (SiA21, 307-330). Suchtberatung, -behandlung und Sozialarbeit wären für MigrantInnen aus dem „türkisch-arabischen Kulturkreis“ nicht so selbstverständlich wie für Abhängige ohne Migrationshintergrund (SiA02, 572-589) und Hilfeangebote seien häufig nicht bekannt (SiA21, 307-339). Zudem würden Dolmetscher bzw. „gute Sprachmittlung“ fehlen (SiA03, 656-686). All dies würde die Inanspruchnahme von Hilfen einschränken (SiA21, 307-330). Ob die hier geäußerten kulturspezifischen Zuschreibungen immer zutreffen, ist fraglich; ein Interviewpartner hat wiederum die Erfahrung gemacht, dass auch die abhängigen Menschen aus arabisch-sprachigen Ländern Sucht sehr unterschiedlich bewerten und fasst zusammen: „*wir brauchen auch dort individualisierte Behandlungspläne*“ (SiA03, 629-655). Zur Situation insbesondere älterer abhängiger MigrantInnen besteht weiterer Forschungsbedarf.

## 4.7 Weitere Themen

### 4.7.1 Stigma und Scham

Viele interviewte ExpertInnen erleben, dass Scham und die Angst vor Stigmatisierung eine große Rolle insbesondere bei älteren Abhängigen spielt:

*„Der Schamaspekt, der ist besonders groß und sich das dann einzugestehen, dass man tatsächlich eine Krankheit hat, das fällt gar nicht so leicht.“ (SiA03, 157-169)*

Viele ältere Menschen seien nicht mit der Vorstellung aufgewachsen, dass Sucht eine Krankheit sei: „*Man sieht es eher als persönliches Versagen oder als moralisches Problem*“ (SiA01, 719-732). Dies hat Folgen für ihren Umgang mit der Erkrankung und dafür, wie sie sich selbst bewerten. Insbesondere bei der Suche nach Hilfe kann Scham behindern:

*„Ich glaube, da finden wirklich massive Selbststigmatisierungsprozesse statt, die Betroffenen schämen sich, das passt auch mit dem Selbstbild nicht überein. Jetzt bin ich Oma oder Opa und hab mein ganzes Leben mehr oder minder gemeistert, und jetzt soll ich mich plötzlich mir Hilfe holen, weil ich so'n Problem habe, von dem doch eigentlich niemand was wissen darf.“ (SiA19, 119-124)*

Unter diesen Bedingungen sei die Voraussetzung für ein Gespräch über Sucht bzw. für die Behandlung, ein Vertrauensverhältnis zu schaffen:

*„Aber sie müssen erst einmal Möglichkeiten schaffen, damit Menschen Vertrauen fassen und auch ihre alten Bilder von Psychiatrie und wird man gleich eingesperrt und was weiß ich noch alles, verlieren.“ (SiA17, 693-713)*

Dies erfordert Zeit und einen kontinuierlichen Kontakt, der erst einmal hergestellt werden muss. Zudem gäbe es Hemmschwellen, Menschen auf die Abhängigkeit anzusprechen. Ein interviewter Experte sagt, die Stigmatisierung von Suchterkrankungen führe dazu, dass Sucht häufig vom sozialen Umfeld ignoriert werde. Wenn es aber zu Auffälligkeiten käme, dann sei die Reaktion schnell Ablehnung. Dies führe zu „*Verheimlichungstendenzen*“ und zu einer

„*fehlenden Zuversicht, dass man sich mit dem Problem irgendwo hinwenden kann*“ (SiA03, 128-154). Die Ansprache von älteren Menschen, die abhängig sind, sei schwierig, schildert auch eine interviewte Expertin in Bezug auf den Altenhilfebereich. Sucht würde ihrer Meinung nach zwar oft erkannt, aber die Pflegenden hätten Sorge, jemanden zu „*verprellen*“ oder auch Angst vor einer aggressiven Reaktion (SiA21, 246-258). Nicht nur unter den Betroffenen selbst, auch unter Pflegekräften (SiA10, 87-101) oder von MitarbeiterInnen von Pflegeheimen gäbe es Vorurteile. So würden Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit Demenz anders bewertet als solche von abhängigen Menschen:

*„Wenn der Demente schlägt und beißt und spuckt, dann sagt man, ‚Der kann ja nichts dafür, weil der ist dement, der versteht das nicht mehr‘. Wenn der Intoxikierte schlägt, beißt und spuckt, sagt man ganz schnell, ‚Der müsste ja nur aufhören zu trinken, dann würde es besser werden, dann würde der das nicht tun‘. Und da merkt man auch immer noch die Einordnung auch, dass (...) nach wie vor die Sucht gesehen wird als etwas Selbstverschuldetes, fehlender Wille, müsste sich nur anders anstrengen, während man fast allen anderen Erkrankungen dieses Schicksalhafte viel eher zubilligt und dann eher Maßnahmen ergreift, um dort Hilfen zu installieren.“* (SiA17, 28-39)

Eine weitere Mitarbeiterin einer Beratungsstelle sagt im Hinblick auf abhängige Menschen in Pflegeheimen, dass diese schwer unterzubringen seien *„es ist auch nicht so eine beliebte Personengruppe, muss man auch sagen.“* (SiA01, 176-191). Auch MedizinerInnen (SiA20, 372-405) und PsychotherapeutInnen (SiA19, 422-435) hätten Vorbehalte gegen abhängige Menschen. InterviewpartnerInnen, die in der Suchtmedizin arbeiten, schildern wiederum, dass die Behandlung von abhängigen Menschen lange Zeit kein gutes Ansehen hatte: *„und da wurde ich als erstes gefragt, was ich verbochen habe, dass ich in dem Bereich arbeiten muss“* (SiA17, 118-127).

Problematisch sei eine Stigmatisierung auch in Hinblick auf Suchthilfe-Einrichtungen, z. B. für Substituierte. Wenn Einrichtungen in andere Wohngebiete umziehen müssten, gäbe es dort häufig Anwohnerproteste, da Sucht mit Kriminalität und Gefährdung assoziiert würde (SiA06, 298-315).

Wichtig sei deswegen nach wie vor eine Enttabuisierung der Sucht:

*„Indem wir auch Aktionen in der Gesellschaft machen, indem man sagt, ‚ja, das ist keine Schande, das kann passieren‘ und dafür haben wir auch Angebote und es gibt auch Lösungen, da auch wieder raus zu kommen.“* (SiA17, 354-365).

Eine Folge der Stigmatisierung und Scham sei außerdem, dass ältere Abhängige kaum Wünsche äußern würden, beschreibt eine Interviewpartnerin vom Sozialpsychiatrischen Dienst (SiA19, 165-176).

Die interviewten abstinenten AlkoholikerInnen sprechen das Thema Scham eher indirekt an. So stünden sie häufig vor dem Problem, alkoholische Getränke bei geselligen Anlässen ab-

lehnen zu müssen, aber Nachfragen deswegen zu befürchten. Ob und wie man Abstinenz begründen müsse, sei ein schwieriges Thema, da die Interviewten die Alkoholabhängigkeit ungerne zugeben würden (SiA27, 45-64; SiA28, 4-19).

Der interviewte Substituierte schildert, dass er manchmal Lebensmittel von der Tafel bekommt und sich fragt „*Steht dir das überhaupt zu?*“, an anderer Stelle: „*Aber in der heutigen Zeit, ich weiß nicht, ob man da überhaupt noch Ansprüche stellen kann*“ (SiA23, 22-25). Zudem äußert er Schuldgefühle gegenüber Menschen, denen es noch schlechter geht, z. B. Flüchtlingen, die er auch durch ehrenamtliches Engagement unterstützt hat. Auch hier werden Schuldbewusstsein und Scham deutlich.

**Fazit:** Scham und Schuldgefühle auf Seiten älterer Abhängiger, aber auch Tabuisierung von Sucht und Stigmatisierung von Abhängigen seitens Angehöriger, professionell Tätiger oder anderer Akteure haben einen Einfluss auf das Anbieten, die Suche und Inanspruchnahme von Hilfen. Eine stärkere Entstigmatisierung von Sucht wird von den Interviewten als notwendig angesehen.

#### **4.7.2 Wünsche und Anliegen**

Nach den Wünschen älterer abhängiger Menschen gefragt, äußern einige interviewte ExpertInnen zunächst, dass diese die gleichen Wünsche hätten, wie andere Menschen auch, z. B. nach Zuwendung (etwa Kontakt zur Familie), nach einer eigenen Wohnung oder einem angenehmen Wohnort und Anerkennung durch Arbeit/Beschäftigung und nach Selbstwirksamkeit (SiA09, 421-445; SiA19, 388-406; SiA21, 137-245).

Andere InterviewpartnerInnen stellen fest, dass die Zielfindung im Alter schwieriger sei (SiA05, 738-740) oder dass Wünsche insbesondere von älteren Menschen nicht geäußert würden (SiA22, 501-514).

*„Ich hab da auch den Eindruck gewonnen, dieser Kampf gegen die Sucht, diese Anstrengung, die auch damit verbunden ist, dass bindet so viele Ressourcen, das so viel anderes dann dabei auch auf der Strecke bleibt.“ (SiA19, 552-560)*

Eine interviewte Expertin äußert, dass aktiv Drogenkonsumierende sich womöglich wünschen würden, in einer Einrichtung zu sein, wo sie Drogen konsumieren können (SiA21, 137-245).

Die interviewten trockenen Alkoholabhängigen selbst äußern als Wünsche, wie viele ältere Menschen, Gesundheit (SiA24, 184-188), aber auch die Aufrechterhaltung der Abstinenz (SiA25, 187-187). Der kontrolliert trinkende Interviewpartner (SiA24) wünscht sich mehr Begleitung und Beratung bei der medizinischen Versorgung (vgl. Kapitel 5.2). Konkretere Wünsche nennt der interviewte Substituierte, der in Zukunft vermehrt kreativen Beschäftigungen nachgehen will, wobei er bereits weiß, wo er dies umsetzen kann (SiA23, 104-107). Andererseits strengen ihn Fahrtwege aufgrund seiner angegriffenen Gesundheit sehr an.

Weitere, von Betroffenen und ExpertInnen weniger direkt formulierte Wünsche sind z. B. der Wunsch nach Autonomie (z. B. formuliert durch Ablehnung von Hilfen (SiA08, 80-95) oder Inanspruchnahme von weniger Hilfen), was ebenfalls ein verbreiteter Wunsch unter Menschen aller Altersgruppen ist, der jedoch im Falle von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Hilfebedarf nochmal bewusster wird.

Ein typisches Thema älterer abhängiger Menschen, dass von InterviewpartnerInnen aus Therapie- und Wohneinrichtungen genannt wurde, lässt sich dem Themenbereich Bilanzierung und Ziele zuordnen.

#### **4.7.3 Bilanz und Ziel**

Ziele zu entwickeln sei für ältere abhängige Menschen schwieriger als für jüngere Menschen. Ein in der Betreuung Substituierter tätiger Interviewpartner beschreibt:

*„Das und das wird alles nicht mehr passieren in meinem Leben, trotzdem dann auch ne Bilanz gezogen wird und dann erst mal geschaut wird, was mach ich denn jetzt noch mit den vielleicht 15, 20 Jahren und den begrenzten, beschränkten Mitteln, die mir nur zur Verfügung stehen.“ (SiA02, 250-258)*

Dies mache auch für die Betreuung einen Unterschied:

*„Also nicht mehr im Bereich Krisenmanagement jetzt klassisch unterwegs, wie das sonst häufig ist in der Drogenhilfe, sondern dann ist es wirklich Coaching, Lebensthemen, Kinder noch mal sehen.“ (SiA02, 250-258)*

Eine in einer Einrichtung des betreuten Wohnens tätige Interviewpartnerin betont die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Zielen. Es sei wichtig, auch kleine gesundheitliche Fortschritte oder eine Verhinderung des Fortschreitens einer Erkrankung als bedeutsames Ziel zu etablieren (SiA05, 410-474).

Darüber hinaus spricht eine in einer Entwöhnungseinrichtung arbeitende Interviewpartnerin das Thema der Aufarbeitung an:

*„Das heißt, es geht ganz häufig auch nochmal um eine Aufarbeitung dessen, was war, unter dem Aspekt: Bleib ich so in meiner Lebenslüge drin oder guck ich mir doch auch nochmal die Wahrheit an. Das ist sehr unterschiedlich. Manche sind bereit dazu. Manche wollen das aber auch gar nicht mehr.“ (SiA04, 53-66)*

Der kontrolliert Alkohol konsumierende Interviewpartner berichtet, dass er sich früher gedacht habe, dass ihm ab dem Alter von 60 „alles egal“ sei (SiA24, 0:46:30), sagt aber auch „ist so ein Trugschluss“ (SiA24, 130-135). Hier wird deutlich, dass er eine andere Perspektive und Bewertung hinsichtlich des Alters entwickelt hat, und sein Leben weiterhin lebenswert gestalten will.

Auch der interviewte Substituierte schildert eine Einstellungsveränderung, die er mit zunehmendem Alter erlebt:



*„Ich bin früher mit mir umgegangen, als wenn ich unsterblich bin. Und jetzt bin ich angefangen, vorsichtig zu sein. Endlich mal sowas wie Selbstsorge entwickelt. Hat lange, lange, lange bei mir gedauert.“ (SiA23, 140-142)*

Dies verdeutlicht, dass sich trotz langjähriger Abhängigkeit (wie bei anderen Menschen auch), Einstellungen zum Alter und Verhaltensweisen verändern können. Weiterhin bilanziert er hinsichtlich seiner gesundheitlichen Probleme:

*„Die Probleme sind einfach die Quittung für so ein gelebtes Leben, zahlt man jetzt im Alter, ist klar. Mit 30 steckt man Sachen einfacher weg als jetzt.“ (SiA23, 76-90)*

**Fazit:** Das Finden von (Behandlungs- und Lebens-) Zielen für ältere Abhängige wird von den ExpertInnen als schwieriger eingeschätzt als für jüngere Menschen. Gesundheitsbezogene Ziele zu entwickeln oder eine Aufarbeitung der Lebensgeschichte sind Ansatzpunkte einiger InterviewpartnerInnen. Veränderungen von Zielen und Einstellungen zur Vergangenheit sind Themen, mit denen sich auch die langjährig abhängigen Interviewten befassen.

#### **4.8 Gesundheitliche Situation älterer Abhängiger**

Zwischen älteren Alkoholabhängigen mit abstinenter oder nicht-abstinenter Lebensweise und Opioidabhängigen, die substituiert werden, gibt es Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede im Hinblick auf die gesundheitliche Lage. Die Verträglichkeit von Alkohol (Wolter 2015: 559) nimmt u. a. durch einen veränderten Stoffwechsel in der Regel im Alter ab und die Suchtmittel wirken sich stärker beispielsweise auf Organe oder auf kognitive Leistungen aus (Wolter 2015, 559). Erkrankungen im Alter, Medikamente und Alkohol interagieren miteinander und beeinflussen den Allgemeinzustand meist negativ. Vorzeitige Alterung ist ein Schlagwort, das im Zusammenhang mit älteren Suchtkranken immer wieder fällt, wobei der Beginn der vorzeitigen Alterung unterschiedlich verortet wird. Nach Ansicht mancher Akteure beginnt diese schon ab einem Alter von 45 Jahren, z. B. mit einer Zunahme von Erkrankungen (SiA02, 35-45). Ein Hausarzt in einer Substitutionspraxis verweist dagegen darauf, dass viele Betroffene mit einem chronologischen Alter von 45 Jahren im medizinischen Sinne nicht alt seien (SiA16, 5-8).

Die Veränderungen der Verträglichkeit können sich auch auf das Konsumverhalten auswirken bzw. auf die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Beispielsweise erfordert eine Opioidabhängigkeit insbesondere bei fehlenden (finanziellen, sozialen u. a.) Ressourcen und langer Abhängigkeit viel Einsatz (z. B. Beschaffung von Geld und Drogen, Vermeidung von Polizeikontakten), der bei eingeschränkter Gesundheit nicht mehr in der Form geleistet werden kann. So schildert ein opioidabhängiger Betroffener:

*„Irgendwie war ich dem Ganzen einfach mehr gewachsen, ich war nicht mehr agil so wie ich das kannte von früher. Wenn man abhängig ist, auf Heroin ist, muss man agil sein.“ (SiA23, 25-34)*

#### **4.8.1 Erkrankungen**

Eine Sozialarbeiterin vom Sozialpsychiatrischen Dienst schildert, dass sowohl Opioidabhängige als auch Alkoholabhängige zunehmend älter werden (SiA18, 274-302). Gründe dafür sind u. a. wirksamere Medikamenten z. B. gegen Erkrankungen wie Hepatitis C und HIV (SiA18, 274-302, 305-310). Dennoch ist die gesundheitliche Belastung in Abhängigkeit vom Konsumverhalten und der Erkrankungsdauer sowohl für Opioidabhängige (Dürsteler-MacFarland 2011, 100f) als auch für alkoholabhängige Menschen hoch (Wolter 2015, 559). Als typische Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen werden z. B. Krebs, Diabetes, Polyneuropathie, Lebererkrankungen, Korsakow-Syndrom (insbesondere bei Alkoholabhängigkeit) sowie bei Opioidabhängigen Infektionskrankheiten (Hepatitis B und C, HIV) genannt (SiA02 264-269, SiA04 67-76). Verbreitet sind auch Lungenerkrankungen bzw. -funktionseinschränkungen, da viele Abhängige auch RaucherInnen sind.

##### **4.8.1.1 Erkrankungen bei alkoholabhängigen Älteren**

Schwer alkoholabhängige Menschen sind häufig mehrfach erkrankt. Folgen von Erkrankungen sind zunehmende körperliche Beeinträchtigungen, auch Mobilitätseinschränkungen.

*„Bei den meisten, die ankommen, sind natürlich schon durch dieses Jahrzehnte Trinken die klassischen Folgeerscheinungen wie Polyneuropathie. Die meisten Menschen können schlecht laufen, haben z. T. auch einen Rollator. (...) Dann sind eindeutige Folgeerscheinungen im hirnorganischen Bereich zu finden, also z. B. hatte Bewohner teilweise, die wochenlang gebraucht haben, um ihre Tür zu finden.“ (SiA22, 156-162)*

Kognitive Defizite als Folge von Alkoholkonsum seien bei älteren Menschen häufig noch längere Zeit nach dem Entzug bemerkbar, z. B. sei die Merkfähigkeit eingeschränkt, schildert die Leiterin einer Suchtklinik. Dies kann es erschweren, vorübergehende kognitive Defizite, die auf den Entzug zurückzuführen sind, von bleibenden Beeinträchtigungen zu unterscheiden, und eine engmaschigere Begleitung der weiterführenden ambulanten Behandlung erforderlich machen (SiA17, 282-291) (vgl. Kapitel 5.1.3).

*„Wir wissen ja auch, dass die körperliche Entgiftung nicht abgeschlossen ist, dass sie kein Entzugssymptom haben, sondern das viel größere Problem nach einer Entgiftung ist, dass sie auch wochenlang noch kognitive Defizite haben, die erst einmal so im Alltag nicht auffallen, weil sie wieder im Alltag sich gut zurecht finden, aber dass ich Ihnen in der Visite in der ersten Woche gesagt habe, ‚Da sitzt (...) in der (Straßenname) (eine Drogenberatung), das haben die nicht abgespeichert. Dazu sind sie noch gar nicht in der Lage. Wenn dann nicht noch jemand ist, der nachhakt oder sie noch einmal anruft oder schon einmal einen Kontakt macht und ein Termin, so wie ein Arzttermin, dann ist das relativ zum Scheitern verurteilt.“ (SiA17, 282-291)*

Mangelernährung oder geringe Körperpflege sind ebenfalls Probleme, von denen Menschen, die lange abhängig sind, eher betroffen sind, als Personen, die auf eine kurze Suchtgeschich-

te zurück blicken. Weiterhin sei im Alter auch Zahnverlust häufiger, was die Nahrungsaufnahme erschweren kann.

Die interviewten ExpertInnen beobachten insbesondere bei denjenigen Abhängigen, die Alkohol oder Substitute konsumieren, teilweise eine geringere Bereitschaft, (Fach-) ÄrztInnen aufzusuchen (SiA02 s.u., SiA05, 193-200), was gesundheitliche Probleme wiederum verschärfen kann (vgl. Kapitel 5.2).

Fehlender Zugang zu oder Unzufriedenheit mit ÄrztInnen, mit Medikamenten oder mit den eigenen körperlichen Beschwerden kann wiederum dazu führen, dass Suchtmittel als Selbstmedikation eingesetzt werden, d. h. es findet zumindest teilweise ein Funktionswechsel des Suchtmittels statt. So konsumiert ein alkoholabhängiger, nach eigener Einschätzung inzwischen kontrolliert trinkender Interviewpartner gelegentlich Cannabis, da er unter einem Restless-Legs-Syndrom leidet. Medikamente würden ihm nicht helfen, und durch den Cannabiskonsum könne er besser einschlafen. Er beschränkt den Konsum jedoch auf das Wochenende, da er ansonsten befürchte, Termine zu verpassen, was immer wieder geschähe (SiA24, 130-135).

#### **4.8.1.2 Erkrankungen bei Substituierten**

*„Die substituierten Drogenabhängigen leben länger, kann man einfach so sagen, und brauchen trotzdem oft sehr viel Betreuung, weil sie ja auch Folgekrankheiten haben.“ (SiA18, 73-76)*

Ein Substitutionsarzt, der schon lange Substituierte in seiner Praxis behandelt, schildert, dass er Substituierte ab dem mittleren Alter als stabil wahrnehme, es gäbe weniger Behandlungsabbrüche, weniger Beikonsum, es wäre meist klar, dass diese nicht mehr abstinent würden. Trotz einer höheren Morbidität seien es unkomplizierte PatientInnen, die allerdingst häufig resigniert und depressiv wirken (SiA16, 12-16). Ein anderer Interviewpartner aus der integrierten Drogenhilfe, der langjährig mit Substituierten zusammenarbeitet, berichtet,

*„dass man insgesamt sagen kann, (dass) das Gesundheitsbewusstsein auch bei den älteren Leuten vielleicht verbessert ist zu den jungen Jahren, aber insgesamt nicht gut ist. Also dass nach wie vor ein schädliches Verhalten an den Tag gelegt wird, dass meistens ein Mangel an Bewegung zu verzeichnen ist, und dass die Ernährung meistens auch nicht so toll ist. Klar, und wenn ich insgesamt nur sehr wenig Geld zur Verfügung habe, ist es auch gar nicht einfach, sich wirklich gut zu ernähren.“ (SiA02, 417-433)*

Als wichtig für eine gute Versorgung wird häufig die Compliance genannt, die – das betreffe alkoholabhängige Menschen gleichermaßen – nicht immer gegeben sei:

*„Also es gibt ne Menge Themen, die schwer in den Griff zu kriegen sind, gerade wenn die Inanspruchnahme von medizinischer Leistung und Compliance bei langjährigen Behandlungen nicht so gut gegeben ist.“ (SiA02, 264-269)*

**Fazit:** Ältere abhängige Menschen sind, in Abhängigkeit vom Konsumverhalten und der Erkrankungsdauer, früher und stärker von Erkrankungen betroffen. Während und nach einer Entzugsbehandlung machen Erkrankungen und kognitive Einschränkungen sowie ein schlechter Allgemeinzustand eine längere und engmaschigere Begleitung erforderlich, um z. B. den anschließenden Hilfebedarf zu ermitteln und die weitere Versorgung zu klären. Auch das Finden und Aufsuchen von FachärztInnen ist eine Herausforderung, bei der eine stärkere Unterstützung für viele wichtig wäre.

#### **4.8.2 Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf**

Folgeerkrankungen von Alkohol- und Drogenabhängigkeit können zu (vorzeitigen) Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf führen.

Pflegebedürftig zu werden, Hilfe annehmen zu müssen, insbesondere bei der Körperpflege, ist für viele schwierig und oft mit Schamgefühlen verbunden. Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf sind nicht nur körperlich und psychisch belastend für die Betroffenen, sondern können den Zugang zu Angeboten der gesundheitlichen Versorgung, der Teilhabe sowie der Suchthilfe stark erschweren (vgl. Kapitel 5).

Pflegebedarf macht in der Regel auch den Zugang zu weiterer Versorgung nötig. Ältere abhängige Menschen sind häufig alleinstehend (vgl. Kapitel 4.1), so dass es keine Angehörigen gibt, die sie pflegerisch, bei der Einholung von Information oder der Beantragung von Leistungen unterstützen könnten. Der Zugang zu pflegerischer Versorgung muss in einem solchen Fall an anderer Stelle erfolgen. Hierfür ist von Bedeutung, dass die unterstützenden Stellen auch Pflegedienste oder Pflegeeinrichtungen kennen, die personell und fachlich in der Lage sind, auf die besonderen Bedürfnisse und Problemlagen abhängigkeiterkrankter Älterer einzugehen (vgl. Kapitel 5.3.3). Ältere abhängigkeiterkrankte Menschen kommen nicht immer mit dem ambulanten Pflegedienst zurecht. Sich beispielsweise waschen zu lassen, die Wohnung aufräumen zu lassen etc. ist mit Scham und Autonomieverlust verbunden. Erschwert mag dies sein, wenn lange keine sozialen Kontakte mehr bestanden haben und z. B. zusätzlich eine psychische Erkrankung besteht. Manch eine/r will keine Hilfe annehmen bzw. begreift diese als Einmischung und provoziert oder schüchtert die MitarbeiterInnen des Pflegedienstes ein.

Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf können, zumal bei mangelnder Barrierefreiheit des Wohnumfeldes und der Wohnumgebung, nicht nur die Alltagsgestaltung signifikant erschweren; auch der Substanzkonsum gestaltet sich deutlich schwieriger, was ein Problem für abhängigkeiterkrankte Menschen ist, die nicht abstinent leben können oder wollen. Bei Verlegungen in stationäre Pflegeeinrichtungen kann es zu Zwangsentzügen kommen (SiA09, 698-709). Eine in der Suchtprävention tätige Interviewpartnerin äußert, dass Konsumierende, die nicht mehr auf die Straße gehen könnten, vermutlich gerne Suchtmittel in der Einrichtung konsumieren würden. Dies sei jedoch rechtlich nicht möglich, zumindest nicht bei illegalen Drogen (SiA21, 31:50). Einen großen Bedarf gebe es auch an Mobilitätshilfen, Fahrdiensten oder Begleitung bei der außerhäuslichen Mobilität (SiA21, 151-160).

**Fazit:** Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf machen den Zugang zu weiterer Versorgung nötig. Hilfe zu suchen, zu finden und anzunehmen ist, v. a. wenn wenig soziale Unterstützung besteht, schwierig und kann mit Scham verbunden sein. Qualifizierungen von Pflegediensten und Unterstützung durch Mobilitätshilfen sind erforderlich.

#### 4.8.3 Psychische Gesundheit

Abhängige Menschen leiden häufig an weiteren, u. U. chronischen psychischen Erkrankungen, die bei einer Behandlung der Sucht berücksichtigt werden sollten (vgl. zusammenfassend Dürsteler-MacFarland et al. 2011, 107ff, Wolter 2012, 164). Insbesondere bei älteren Menschen sind zudem traumatisierende Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und in der Nachkriegszeit (z. B. Vertreibung, Verluste, Gewalt) von Bedeutung, deren Auswirkungen sich im Alter wieder bemerkbar machen können (Geyer 2011, 339). Dies spricht auch eine Mitarbeiterin einer Beratungsstelle an (SiA01, 10-22). Auch eine interviewte Mitarbeiterin einer Entwöhnungseinrichtung beschreibt, dass Sucht häufig mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit verbunden sei, zu denen auch die Verwahrlosung im Kindesalter zähle (SiA04, 240-246). Folgen dieser Erfahrungen würden im Alter wieder aktuell und eine Behandlung sinnvoll (SiA04, 240-246).

Auch depressive Erkrankungen werden häufig als Begleiterkrankung, als Ursache oder Folge der Sucht genannt (SiA10, 362-377). Nach einem Entzug sei die Gefahr groß, dass depressive Symptome bei den Betroffenen auftreten.

*„Schwierig ist auch, dass wenn sie aufhören zu trinken, es in der Regel immer zu depressiven nahen Stimmungen kommt. Das Suchtmittel ist weg (...) und dann aber auch gleichzeitig ‚Ach Gott, hier ist ja der Papierstapel um den ich mich nicht gekümmert habe und da ist das Bild meiner Frau, die ich nicht mehr habe und übrigens habe ich noch zwei Kinder, die ich schon ewig nicht mehr gesehen habe‘ und alles, was man vorher so zudecken konnte mit dem Trinken, das ist präsent und drückt natürlich die Stimmung.“ (SiA05, 435-456)*

Unklar bleibt, in welchem Ausmaß Depressionen und andere psychische Erkrankungen bei älteren abhängigen Menschen psychotherapeutisch behandelt werden. PsychotherapeutInnen haben häufig keine suchtspezifische Weiterbildung (SiA04IVprot, 28), was die Arbeit mit abhängigen Menschen erschwert.

Neben depressiven Erkrankungen werden häufig weitere schwere psychische Erkrankungen (insbesondere Psychosen) berichtet. Ihre medizinische Versorgung erfordert zum einen spezifische Kompetenzen, zum anderen erweist sich der Zugang zum Versorgungssystem teilweise als schwierig. Häufig wird medikamentös behandelt, allerdings muss das Finden eines Facharztes und eines geeigneten Medikaments, das so gut vertragen wird, dass eine Compliance wahrscheinlich ist, engmaschig betreut werden.

Insbesondere im Alter können die dieser Zielgruppe häufig verschriebenen Neuroleptika Risiken mit sich bringen und erhöhten Betreuungsbedarf erfordern, wie eine Expertin am Beispiel einer älteren Frau schildert:

*„Letztendlich hat es dann aber geklappt, dass sie eingestellt wurde auf ein Medikament, das sie dann auch endlich gut vertragen hat. Das musste auch ein paar-mal gewechselt werden. Das ist ja auch schwierig. Man muss erst einmal gucken, welches Neuroleptikum passt denn jetzt, so dass es ihr damit tatsächlich gut geht dann. Zwischendurch hatte sie welche, wo sie dann sehr viel Begleitung brauchte, weil sie einfach mitten auf der Straße gedankenverloren stehen blieb und nicht mehr wusste, ‚oh, wo geht es denn jetzt eigentlich hin‘. Und dafür ist es auch wichtig, dass man eine gute Betreuungssituation hat, damit sie sich dann auch weiter leiten lässt, ja. Wenn sie dann mit jemandem unterwegs ist, dem sie nicht vertraut, dann wäre es schwierig gewesen.“ (SiA05, 297-309).*

Für abhängige Menschen mit psychischen Erkrankungen sei, insbesondere bei chronischen Verläufen und langjährig fehlender Behandlung, eine kontinuierliche Begleitung „durch den Dschungel der Angebote“ (SiA17, 541-546) unerlässlich, schildert eine Ärztin aus einer Klinik für Suchtmedizin. Auch eine interviewte Pflegefachkraft aus einer Einrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte berichtet, dass viele (abhängige) Menschen in ihrer Einrichtung Diagnosen psychischer Erkrankungen hätten. Viele wären aber noch nie richtig untersucht worden. Häufig seien Depression und Ängste, aber auch Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (SiA10, 378-396). Erkrankungen würden in der Regel nur medikamentös behandelt. Ein Problem in diesem Kontext sei auch, dass es keine Psychotherapie im Pflegeheim gäbe (SiA10, 355-361).

Nach Einschätzung eines in der ambulanten Pflege mit ambulant-psychiatrischem Angebots-zweig tätigen Sozialarbeiters würden KlientInnen mit mutmaßlichen Doppeldiagnosen Hilfen und auch einer Diagnostik oftmals ablehnend gegenüber stehen. Auf besondere Schwierigkeiten, Unterstützung zu erhalten, stoßen nicht abstinent lebende Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose-Sucht. Von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als auffällig und grenzüberschreitend erlebte Verhaltensweisen, ein autonomer Umgang mit Medikamenten bzw. die Ablehnung von Psychopharmaka und Verstöße gegen die in Einrichtungen aufgestellten Regeln überforderten manche Träger und führten die Betroffenen häufig in die Obdachlosigkeit (SiA09, 194-226).

Der interviewte Mitarbeiter einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe hat ebenfalls festgestellt, dass die älteren abhängigen BewohnerInnen oft stärker hirnganisch eingeschränkt seien. Schwierig sei, dass man diese z. B. mit Reden nicht erreiche (SiA22, 563-568). Damit einher gehen Herausforderungen für die medizinische Versorgung beispielsweise hinsichtlich der Aufklärung über die korrekte Einnahme von Medikamenten entsprechend ärztlicher Anweisung oder der Einhaltung des Turnus der Gabe von Depotspritzen (SiA22, 704-7224). Der Betreuungsaufwand steige hierdurch.

**Fazit:** Psychische Erkrankungen sind bei Abhängigen häufig. Anzunehmen ist, dass insbesondere bei chronischen und schweren Verläufen eine Diagnosstellung und vor allem eine Behandlung spät stattfinden. Die Aussagen der InterviewpartnerInnen lassen darauf schließen, dass, wenn überhaupt, bei (schweren) psychischen Erkrankungen medikamentös behandelt wird. Der Zugang zu FachärztInnen ist schwierig. Auch die nicht immer ausreichende Compliance abhängiger Menschen ist angesprochen, hier scheint eine „Lösung“ aus medizinischer Sicht z. B. die Gabe von Depot-Medikamenten zu sein. Probleme sind hierbei, dass die Gabe von Neuroleptika engmaschig betreut werden sollte, da nicht alle gleichermaßen von den PatientInnen vertragen werden und häufig Nebenwirkungen auftreten, die insbesondere im Alter Risiken mit sich bringen (Verwirrung, Schwindel). In der Regel müssen mehrere Medikamente ausprobiert werden, bis das optimale bzw. das nebenwirkungsärmste gefunden wird. Dies ist sicherlich unter den Bedingungen seltener Termine bei FachärztInnen, nicht immer gegebener Compliance und Depotmedikamentengabe schwer zu verwirklichen. Angesprochen wurde auch, dass insbesondere ältere Menschen zusätzliche Betreuung und Begleitung benötigen, um unerwünschte und z. T. gefährliche Nebenwirkungen aufzufangen (z. B. Verwirrungszustände).

Depressive Erkrankungen bei abhängigen Menschen wurden ebenfalls häufig thematisiert. Auch hier scheint – wenn überhaupt – eine medikamentöse Behandlung im Vordergrund zu stehen. Eine (den Behandlungsleitlinien gerechte) psychotherapeutische Versorgung sei nicht nur schwer zugänglich, sondern auch u. a. deswegen problematisch, da PsychotherapeutInnen häufig Kenntnisse über Suchterkrankungen (bzw. entsprechende Weiterbildungen) fehlen.

#### **4.8.4 Sterben**

Die Lebenserwartung von Menschen, die alkoholabhängig (John et al. 2013) oder abhängig von illegalen Drogen sind bzw. waren (Kertesz et al. 2012) ist deutlich verringert. Dies gilt insbesondere für alkoholabhängige Frauen (John et al. 2013).

Risikosituationen bestehen vor allem für schwer erkrankte, nicht-abstinente Menschen, die nicht in der Suchthilfe oder durch andere Angebote betreut werden. Eine Antwort des Suchthilfesystems hierauf sind Einrichtungen für nicht-abstinente Menschen, die die Lebensqualität und die Lebenserwartung abhängigkeiterkrankter Menschen verbessern können. Mit dem Erleben von körperlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen sehen sich ältere abhängigkeiterkrankte Menschen – wie auch andere (ältere) Menschen, die Verluste erleben – mit den Themen „Sterben“ und „Tod“ bzw. „Lebensende“ konfrontiert. Eine therapeutisch tätige Interviewpartnerin aus der Suchthilfe beobachtet:

*„Wir haben immer ältere Menschen, die neben der Suchterkrankung dann auch Krebserkrankungen kriegen. Das macht wirklich einen ganz großen Teil aus inzwischen, wo ausgesprochen, oft zum ersten Mal für solche Leute ausgesprochen, auch so ein spiritueller Aspekt reinkommt. Wo es dann schon auch darum geht, glaub ich an ein Leben nach dem Tod? Was wird passieren, wenn ich sterbe? Ist*

*dann gar nichts mehr oder ist dann vielleicht doch was und wenn ja, was? Also das sind nochmal andere Themen.“ (SiA04, 67-76)*

Häufig wollen abhängige Menschen in der vertrauten Umgebung sterben und gewohnte soziale Kontakte, sei es zu MitbewohnerInnen oder BetreuerInnen, aufrechterhalten. Wenn aufgrund von stärkerer Pflegebedürftigkeit der Leistungsträger wechselt, ist dies für die Betroffenen häufig problematisch, da sie nicht in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können und darüber hinaus möglicherweise in Institutionen überwiesen werden, die nicht auf eine Suchtproblematik eingestellt sind.

#### **4.9 Zusammenfassung Lebenssituation**

Lebenssituationen älterer alkohol- und opioidabhängiger Menschen unterscheiden sich hinsichtlich der Abhängigkeitsdauer, des Konsums und der sozialen Milieus, in dem sie sich bewegen. Eine Gemeinsamkeit ist allerdings, dass das Alter insbesondere für abhängige Menschen mit besonderen Herausforderungen verbunden ist, deren Bewältigung Ressourcen erfordert. Je nach Schwere und Dauer der Erkrankung haben abhängige Ältere häufig geringere Ressourcen. Der Übergang zur Rente und damit verbundene Antragsstellungen, geringe finanzielle Spielräume, gesundheitliche Einschränkungen und wenig tragfähige soziale Netzwerke können schnell zu prekären Lebenssituationen führen, in denen Problemlagen kumulieren.

Hinsichtlich der sozialen Situation zeigt sich, dass insbesondere langjährig abhängige Menschen wenige tragfähige Beziehungen aufweisen. Ältere Abhängige haben nach Ansicht der interviewten ExpertInnen eher den Wunsch, wieder Kontakte zu Angehörigen, insbesondere zu Kindern herzustellen. SozialarbeiterInnen oder TherapeutInnen der Suchthilfe sind wichtige AnsprechpartnerInnen. Insbesondere bei Substituierten kann sich durch eine langjährige psychosoziale Betreuung eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln. Auf ältere Abhängige spezialisierte stationäre Einrichtungen können ebenfalls den Rahmen für die Entwicklung und Pflege sozialer Beziehungen bieten. Von Bedeutung sind jeweils langfristig und kontinuierlich vorhandene AnsprechpartnerInnen, damit sich vertrauensvolle und verlässliche Beziehungen entwickeln können, auf die abhängige Ältere auch im Notfall zurückgreifen können.

Die finanzielle Situation ist insbesondere bei langjährig abhängigen Menschen aufgrund von Arbeitslosigkeit, Transferleistungsbezug und Verschuldung häufig prekär. Alkoholabhängige Menschen mit Anbindung an das (Sucht-)Hilfesystem oder Substituierte mit psychosozialer Betreuung finden Unterstützung im Umgang mit der finanziellen Situation und daraus resultierenden Problemen, z. B. beim Übergang in die Berentung oder der Beantragung von Befreiungen. Wo dies nicht der Fall ist, können schnell finanzielle Notlagen entstehen und zu entsprechenden Folgen führen. Insbesondere Wohnungsverlust ist eine Komplikation des Suchtmittelkonsums, die auch ältere Menschen betrifft. Für ältere abhängige Menschen mit wenig Einkommen ist es sehr schwierig, nach einem Wohnungsverlust in Berlin Wohnraum zu finden. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind mitunter die letzte bleibende Anlauf-



stelle. Bei schweren körperlichen Begleiterkrankungen werden auch Krankenhausaufenthalte wahrscheinlicher. Von den interviewten ExpertInnen wird eine Vermittlung in ein Pflegeheim nach einem Klinikaufenthalt als häufiges Szenario geschildert, wenn Alltagskompetenzen eingeschränkt sind. Allerdings ist oft noch ein selbstständiges Wohnen mit Unterstützung z. B. durch ambulante Pflegedienste möglich. Zwar kann eine stationäre Unterbringung im Idealfall Chancen auf eine bessere Versorgung und soziale Kontakte mit sich bringen, vor allem wenn die Einrichtung auf Suchterkrankungen spezialisiert ist. Eine Vermittlung in spezialisierte Einrichtungen ist allerdings nicht immer gewährleistet. Eine Heimeinweisung wird zudem von den älteren Menschen häufig nicht gewünscht, da ein Heimeinzug auch immer mit Autonomieverlust verbunden ist.

Nicht nur eine sichere Wohnsituation, auch eine als sinnvoll erlebte Gestaltung der (Frei-)Zeit ist eine Herausforderung für viele Menschen, die nicht (mehr) im Erwerbsleben stehen. Von den interviewten ExpertInnen und von den älteren Abhängigen wird (Freizeit-) Beschäftigung erwartungsgemäß als sehr wichtig angesehen. Sie ist nicht nur nach einem Entzug und für die Aufrechterhaltung der Abstinenz von Bedeutung, sondern kann auch eine Konsumreduzierung unterstützen. Auch in stationären Einrichtungen sind angemessene Beschäftigungsangebote von Bedeutung. Da die Wünsche der Älteren sehr unterschiedlich sind, sollten die Beschäftigungsangebote in Einrichtungen individuell, nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit den BewohnerInnen, gestaltet werden. Gesundheitliche Einschränkungen, fehlende finanzielle Ressourcen und Angst vor Stigmatisierung sind Hindernisse auf der Suche nach (Freizeit-) Beschäftigung. Scham und Schuldgefühle auf Seiten älterer Abhängiger, aber auch Tabuisierung von Sucht und Stigmatisierung von Abhängigen seitens des sozialen Umfelds, professionell Tätiger oder anderer Akteure hat generell einen Einfluss auf das Anbieten, die Suche und Inanspruchnahme von Hilfen. Eine stärkere Entstigmatisierung von Sucht auf verschiedenen Ebenen wird von den Interviewten als notwendig angesehen.

Langjährige Abhängigkeit, schwierige Lebenssituationen und Scham- und Schuldgefühle wirken sich auch auf die Zukunftserwartungen älterer Menschen aus. Das Finden von (Behandlungs- und Lebens-) Zielen für ältere Abhängige wird von den interviewten ExpertInnen der Suchthilfe als schwieriger eingeschätzt als bei jüngeren Menschen. Gesundheitsbezogene Ziele zu entwickeln oder eine Aufarbeitung der Lebensgeschichte sind Ansatzpunkte einiger InterviewpartnerInnen. Veränderungen von Zielen und Einstellungen zur Vergangenheit sind Themen, mit denen sich insbesondere die langjährig abhängigen Interviewpartner befassen. Dazu kann auch, wie bei allen älteren Menschen, der Gesundheitszustand Anlass bieten.

Ältere abhängige Menschen sind, in Abhängigkeit vom Konsumverhalten und der Erkrankungsdauer, früher und stärker von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Während und nach einer Entzugsbehandlung machen körperliche Begleiterkrankungen und kognitive Einschränkungen sowie ein schlechter Allgemeinzustand eine längere und engmaschigere Begleitung erforderlich, um z. B. den anschließenden Hilfebedarf zu ermitteln und die weitere Versorgung zu klären. Auch Mobilitätseinschränkungen und Pflegebedarf machen den Zugang zu weiterer Versorgung nötig. Hilfe zu suchen, zu finden und anzunehmen ist schwie-

rig, vor allem wenn wenig soziale Unterstützung besteht, und kann mit Scham verbunden sein. Auch hier sind kontinuierliche AnsprechpartnerInnen sinnvoll.

Für das Suchen von Unterstützung, aber ebenso für die Versorgung von Bedeutung sind auch weitere psychische Erkrankungen. Eine Diagnosestellung und vor allem eine Behandlung psychischer Erkrankungen erfolgen häufig spät. Wenn diese behandelt werden, dann geschieht dies in der Regel medikamentös. Insbesondere ältere Menschen benötigen Betreuung und Begleitung bei der Suche nach FachärztInnen und bei der Behandlung. Depressive Erkrankungen bei abhängigen Menschen wurden häufig thematisiert. Auch hier scheint – wenn überhaupt – eine medikamentöse Behandlung im Vordergrund zu stehen. Eine psychotherapeutische Versorgung ist nicht nur schwer zugänglich, sondern auch u. a. deswegen problematisch, da den PsychotherapeutInnen häufig Kenntnisse über Suchterkrankungen bzw. entsprechende Weiterbildungen fehlen.

Schließlich wollen ältere Menschen zum Lebensende in der vertrauten Umgebung bleiben und gewohnte soziale Kontakte, sei es zu MitbewohnerInnen oder BetreuerInnen, aufrechterhalten. Wenn aufgrund von stärkerer Pflegebedürftigkeit der Leistungsträger wechselt, ist dies für die Betroffenen häufig problematisch, da sie nicht in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können und darüber hinaus möglicherweise in Institutionen überwiesen werden, die nicht auf eine Suchtproblematik eingestellt sind.

Insgesamt zeigt sich bei Betrachtung der Lebenssituation älterer abhängiger Menschen, dass das Alter viele Herausforderungen birgt, die das Risiko einer Verschlechterung der sozialen, finanziellen und gesundheitlichen Situation mit sich bringen. Eine Verbesserung der Versorgung und Betreuung an Schnittstellen, aber auch ein frühzeitiger, niedrighwelliger Zugang zu Hilfen und kontinuierliche Ansprechpersonen sind mögliche Ansatzpunkte einer besseren Versorgung, die in den weiteren Kapiteln aufgegriffen werden.

## **5 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme**

Im Folgenden werden auf Basis der geführten Experteninterviews die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten durch ältere Menschen mit Alkohol- bzw. Opioidabhängigkeit in Berlin und identifizierte Versorgungsprobleme beschrieben.

Die Darstellung erfolgt getrennt für die Bereiche Suchthilfe (5.1), ambulante medizinische Versorgung (5.2) sowie offene Altenhilfe, Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte und ambulante und stationäre Pflege (5.3). Beschrieben werden die Angebotsstruktur und Zielsetzung des jeweiligen Versorgungssegmentes, wichtigste Zugangswege sowie die aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse zu Inanspruchnahme und Versorgungsproblemen. Eingegangen wird außerdem auf die Frage der Notwendigkeit bzw. Geeignetheit altersgruppenübergreifender bzw. altersgruppenspezifischer Angebote (5.4) sowie übergreifende Erkenntnisse zum Verhältnis von Altenhilfe und Suchthilfe (5.5).

### **5.1 Suchthilfe**

Zunächst werden knapp das Berliner Suchthilfesystem (5.1.1) sowie grundlegende Daten zur Inanspruchnahme (5.1.2) umrissen und allgemeine Erkenntnisse aus den Experteninterviews zu Zugangswegen (5.1.3) sowie Erwägungen von Akteuren und Erfahrungen Betroffener zum Themenkomplex Abstinenz, kontrollierter Konsum und Rückfall dargelegt (5.1.1). Anschließend werden jeweils Angebotsstruktur und Zielsetzung, Zugangswege sowie die Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme für die Bereiche Suchtberatung (5.1.2), Entzug (5.1.3), Entwöhnung (5.1.4), begleitete Gruppen und Selbsthilfe (5.1.5), Sozialpsychiatrische Dienste (5.1.6), Substitution und PSB (5.1.7) sowie Wohnen (5.1.8) und Tagesstruktur, Freizeit und Beschäftigung (5.1.9) dargestellt.

#### **5.1.1 Das Berliner Suchthilfesystem**

Die Grundversorgung im Bereich der ambulanten Suchthilfe in Berlin wird in sechs Planungsregionen abgesichert (SenGesSoz 2014, 32; SenGesSoz 2013). In Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken existieren Plätze zur ambulanten und stationären Entgiftung bzw. Entwöhnung und Therapie. Diese werden ergänzt durch Angebote der Qualifizierung, Beschäftigung und Tagesstruktur sowie ambulante und stationäre Wohnangebote für unterschiedliche Zielgruppen abhängigkeiterkrankter Menschen und die Förderung von Selbsthilfeaktivitäten (SenGesSoz 2014, 28-32). Substitution und Psychosoziale Betreuung können einen bedeutenden Beitrag zur Verlängerung der Lebenserwartung älterer Opioidabhängiger leisten; Essensausgaben, Konsumräume, medizinische Akutversorgung oder mobile Hilfsangebote stellen „Überlebenshilfen“ dar, die zudem einen niedrigschwelligen Zugang zu weitergehenden Hilfen eröffnen können (SenGesSoz 2014, 29-30).

Die Finanzierung der Hilfen erfolgt je nach Angebotsbereich über Leistungen der Renten- und Krankenversicherung, der Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung, Hilfe zur Pflege sowie über Zuwendungen des Landes Berlin. Die Bezirke können – in begrenztem Rahmen – fach-

lich und fiskalisch Anreize für inhaltliche Schwerpunktsetzungen des Suchthilfeangebots setzen, beispielsweise in Hinblick auf Zielgruppen oder spezifische Problemlagen.

In den vergangenen Jahren hat das Thema „Sucht im Alter“ bei Berliner Akteuren aus Politik und Versorgung an Aufmerksamkeit gewonnen. Dies fand seinen Niederschlag beispielsweise in einigen berlinweiten und bezirklichen Fachveranstaltungen zur Thematik und beförderte die Entwicklung von Suchthilfeangeboten, die sich explizit an ältere Abhängigkeitserkrankte richten.

### **5.1.2 Statistische Daten zur allgemeinen Inanspruchnahme**

Angaben zum Anteil der Abhängigkeitserkrankten, die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen, müssen sich auf Schätzungen stützen. Danach werden bundesweit etwa 16% der Menschen mit alkoholbezogenen Störungen von Einrichtungen der Suchthilfe erreicht (Kraus et al. 2015); im Bereich der illegalen Drogen wird angenommen, dass der Anteil der erreichten Personen höher liegt.<sup>7</sup>

Bezogen auf Berlin liegen keine entsprechenden Schätzungen vor. Mit der vom Institut für Therapieforschung (IFT) ausgewerteten Berliner Suchthilfestatistik (BSHS) für das Jahr 2014 (SenGesSoz 2015a) und deren ebenfalls durch das IFT vorgenommenen altersgruppenspezifischen Auswertung (Specht et al. 2016) sind jedoch altersbezogene Angaben zu Betreuungsfällen und damit zur Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen im ambulanten und stationären Bereich verfügbar.

Altersgruppenübergreifend entfiel der größte Anteil der in Berlin durch die an der Erhebung beteiligten ambulanten bzw. stationären Einrichtungen dokumentierten Betreuungen im Jahr 2014 mit 40% bzw. 42% der Betreuungen auf primär alkoholbezogene Störungen;<sup>8</sup> es folgten Betreuungen opioidbezogener Störungen mit 25% bzw. 17% (Specht et al. 2016).

Die altersgruppenspezifische Sonderauswertung der Suchthilfestatistik für Berlin gibt für das Jahr 2014 insgesamt 23.958 Betreuungen in ambulanten und 2.519 Betreuungen in stationären Einrichtungen an (Specht et al. 2016).<sup>9</sup> Der Anteil der über 55-Jährigen an allen ambulanten bzw. stationären Betreuungsfällen ist in den vorangegangenen sechs Jahren kontinuier-

---

<sup>7</sup> Vgl. Vogt et al. (2010, 7) nach deren Angaben auf der Basis von Daten zum Jahr 2006 etwa 48.000 Personen mit problematischem Opiat- oder Opioidkonsum entweder in psychosozialer Betreuung oder anderweitig an das ambulante Suchthilfenetz angebunden seien. Dies entspräche einem Drittel der von den AutorInnen angegebenen 160.000 „problematische[n] Konsumenten und Konsumentinnen von Opiaten und Opioiden“ (Vogt et al. 2010, 7).

<sup>8</sup> In der Großstadt Berlin liegt der Anteil der ambulanten und stationären Betreuungen opioidbezogener Störungen deutlich höher als im bundesweiten Durchschnitt (SenGesSoz 2015a, 9-10).

<sup>9</sup> Zwischen der altersgruppenspezifischen und der allgemeinen Sonderauswertung des IFT für Berlin ergibt sich eine Differenz in der Zahl der angegebenen ambulanten und stationären Betreuungen: In der altersgruppenspezifischen Auswertung werden 23.958 ambulante Betreuungen und 2.519 stationäre Betreuungen genannt (Specht et al. 2016). In der allgemeinen Sonderauswertung der Suchthilfestatistik für Berlin wird die Zahl der ambulanten Betreuungen hingegen mit 20.021 und die Zahl der stationären Betreuungen mit 2.531 angegeben (IFT 2014, 7-8), was einer Differenz von ambulant 3.937 und stationär 12 Betreuungsfällen entspricht.

lich gewachsen: von 6,5% bzw. 3,7% im Jahr 2008 auf 9,5% bzw. 5,8% im Jahr 2014.<sup>10</sup> Menschen mit Alkoholabhängigkeit, die das ambulante bzw. stationäre Suchthilfesystem in Berlin in Anspruch nehmen, sind mit einem Alter von durchschnittlich 45 bzw. 43 Jahren im Mittel acht Jahre älter als diejenigen mit Opioidabhängigkeit (SenGesSoz 2015a, 15).

Die in der BSHS erfasste Dauer ambulanter und stationärer Betreuungen weist alters- und suchtmittelübergreifend eine große Spannweite auf, was der Heterogenität der jeweiligen Angebotsformen geschuldet sein dürfte. Mit Blick auf die stationären Betreuungen fällt dennoch auf, dass suchtmittelübergreifend für die Gruppe der über 55-Jährigen deutlich kürzere Betreuungszeiten angegeben werden als für die Gruppe der 35- bis 55-Jährigen (Specht et al. 2016). Bei älteren alkoholabhängigen Frauen ist dieser Unterschied weniger stark ausgeprägt als bei den Männern. Betreuungsfälle älterer opioidabhängiger Frauen werden in der Statistik keine aufgeführt (Specht et al. 2016).

### 5.1.3 Zugangswege und -anlässe

Die altersgruppenbezogene Sonderauswertung der Daten der BSHS weist die vermittelnde Instanz jeweils insgesamt für den Bereich der ambulanten und stationären Suchthilfe aus (vgl. Specht et al. 2016). Aussagen über Zugangswege in spezifische Segmente der ambulanten bzw. stationären Suchthilfe – beispielsweise Suchtberatung, Entgiftung, Entwöhnung oder Wohnangebote – können auf dieser Basis nicht getroffen werden. Für die Einschätzung der Zugangswege stützen wir uns daher in diesem Abschnitt sowie bei der anschließenden Darstellung der verschiedenen Bereiche der Suchthilfe auf die Einschätzungen der Interviewpartner, die zumeist über langjährige Erfahrungen im jeweiligen Tätigkeitsfeld in Berlin verfügen.

In den Interviews wurden als wichtige Zugangswege Älterer sowohl die eigene Initiative der Betroffenen genannt (SiA18, 149-150), als auch eine durch Haus- oder FachärztInnen (SiA01, 122-123; SiA21, 227-228) sowie mit Unterstützung oder auf Drängen von Familienangehörigen, ArbeitskollegInnen oder Vorgesetzten hin motivierte Kontaktaufnahme (SiA01, 138-140; SiA18, 150).

Häufig bilden, so die Einschätzung einer langjährig im Feld der Suchtprävention tätigen Interviewpartnerin, als Folge der Abhängigkeit drohende Verluste den Anlass für älter werdende Betroffene, Hilfe zu suchen, beispielsweise wenn der Arbeitsplatz, die Partnerschaft oder andere bedeutsame soziale Beziehungen durch die Abhängigkeit gefährdet werden (SiA21, 222-224; SiA28, 73-81). Die Eingebundenheit in familiäre Zusammenhänge kann sich, sofern positiv erlebt, als unterstützende Ressource erweisen. Aufgrund ihrer häufig besseren sozialen Eingebundenheit (vgl. Kapitel 4.1) dürften Personen mit einer *late-onset*-Abhängigkeit hiervon häufiger profitieren als früh Erkrankte.

---

<sup>10</sup> Zu beachten ist, dass sich in diesem Zeitraum auch die Zahl der an der Erhebung beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen verändert hat; 2014 beteiligten sich 42 ambulante und 13 (teil-) stationäre Einrichtungen (SenGesSoz 2015a, 5).

Ein Interviewpartner mit Alkoholabhängigkeit beschreibt anschaulich, wie die Sorge, dass seine erwachsenen Kinder sich von ihm abwenden könnten, ihn zu einer Entzugsbehandlung motivierte:

*„B: Naja, das war wie gesagt aufgrund des Druckes von der Seite der Familie, ja. Entweder oder, so ungefähr. (...) mein Vater hat das auch mitgekriegt, dass ich wieder trinke, und da kam dann der Druck eben von allen, auch von den Kindern. Da blieb mir im Prinzip nur das über, entweder jetzt hierher oder die Familie ist weg. (...) Dann (hätten die) gesagt, Du hast Schuld, dass (Name) gegangen ist, Du hast Schuld- Und dieses, dieses Schuldgefühl wollt ich nicht. Und dadurch hab ich gesagt, nee, jetzt hierher.“ (SiA28, 341-369)*

Auch nach einem Rückfall ist es die Familie, wegen der er sich erneut Hilfe sucht:

*„Und da war das dann eben wieder so weit gekommen, bis ich eben wieder hier her gegangen bin zur Beratungsstelle, von mir aus oder aufgrund des Druckes meiner Familie, wo ich dann gesagt habe, nein, das geht nicht anders, Du musst hier her, sonst ist die Familie weg, und ich sitze alleine da.“ (SiA28, 73-80)*

Von großer Bedeutung für den Zugang zu weiteren Hilfen ist die wechselseitige Weitervermittlung innerhalb des Suchthilfesystems und – insbesondere für schwer und chronisch Erkrankte („*early-onset*“) – teilweise auch in die und aus der Wohnungslosenhilfe (SiA22, 341-370).<sup>11</sup>

Die offene Altenhilfe mit Angeboten wie Seniorenfreizeiteinrichtungen, Begegnungsstätten, Beratung u. a. m. sowie die pflegerische Versorgung spielen insgesamt als Zugangsweg bislang noch eine untergeordnete Rolle. Hierauf deuten zum einen die Reaktionen angefragter InterviewpartnerInnen aus der Altenhilfe hin, von denen mehrere die Anfrage abschlägig beschieden und darauf verwiesen, mit dem Thema Sucht im Alter in ihrer Arbeit nicht konfrontiert zu sein (vgl. Kapitel 2.2). Auch die Ergebnisse der Befragung der Pflegestützpunkte zeigen, dass in diesem Bereich noch Potenziale für eine Beförderung des Zugangs zu Hilfe- und Unterstützungsangeboten liegen (vgl. Kapitel 5.3.2).

Aktivitäten wie das Gesundheitsziel „Sucht im Alter“ im Bezirk Treptow-Köpenick, ähnliche Aktivitäten im Bezirk Tempelhof-Schöneberg oder die Beratungsangebote zur Suchtsensiblen Pflege bzw. Pflegeberatung der Fachstelle für Suchtprävention in Kooperation mit der AOK Nordost zeigen jedoch bereits heute Wege auf, wie die Rolle von Altenhilfe und Pflege im Hinblick auf den Zugang älterer (alkoholabhängiger) Abhängigkeitserkrankter zu Angeboten der Suchthilfe gestärkt werden kann (vgl. Kapitel 5.5).

---

<sup>11</sup> Letztere fänden eher durch niedrigschwellige Angebote, z. B. Obdachlosenhilfe, Streetworker, Konsumräume u. ä. Zugang zum Hilfesystem, je nach Suchtmittel (SiA21, 224-227).

### 5.1.1 Abstinenz, kontrollierter Konsum, Rückfall

Viele Akteure, die mit abhängigen Menschen zu tun haben, sehen sich in ihrem beruflichen Alltag mit der Frage konfrontiert, in welchem Verhältnis eine selbstbestimmte Lebensweise und Abhängigkeit zueinander stehen. Schließlich gibt es auch die bereits langjährig abhängig erkrankten Menschen, bei denen eine Abstinenz nicht mehr wahrscheinlich ist, und für die z. B. akzeptierende Angebote eine Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringen (Stichwort: *harm reduction*). Insbesondere von den Akteuren, die mit abhängigen (älteren) Menschen arbeiten, wird immer wieder deutlich gemacht, dass ein Entzug und eine abstinenten Lebensweise im Alter sehr positiv erlebt werden können. Angebote, die eine nicht-abstinenten Lebensweise akzeptieren oder tolerieren, ermöglichen wiederum auch denen Hilfe, die früher „auf der Parkbank gelandet“ (SiA09, 103-122) und frühzeitig gestorben sind. Viele dieser Menschen haben bereits zahlreiche Entzüge hinter sich (SiA09, 103-122). Auch Angebote, die keine Abstinenz voraussetzen, können zu einer Konsumreduktion führen, die wiederum positive gesundheitliche und soziale Veränderungen mit sich bringt. Ein interviewter Experte fasst zusammen:

*„Und also mir geht's jetzt an der Stelle auch nicht irgendwie so um so ein Moralisieren des Konsums, man sollte nur nicht übersehen, dass also die seelische Funktionalität, die der Stoff hat, die kann man natürlich auch durch Kontakte ersetzen und das ist eine Frage irgendwie, wie wir das dann umsetzen können. Also so voraussetzen, dass die Menschen in dem Alter ohnehin nicht mehr daran interessiert seien, dass sich noch mal was verändert, (...) ich glaub da würde man vorschnell die Hoffnung aufgeben. Und da gibt es eben auch Beispiele, dass Menschen ganz dankbar darauf reagieren, wenn man ihnen da noch alternative Angebote macht. Und mit der demographischen Entwicklung sind wir auch dazu aufgefordert uns, denk ich, darüber Gedanken zu machen, wie wir mit Abhängigkeitserkrankungen im Alter dann umzugehen gedenken.“ (SiA03, 269-283)*

Auch unter älteren abhängigen Menschen finden sich diejenigen, die eine abstinenten Lebensweise erreichen oder denen es gelingt, ihren Konsum stärker zu kontrollieren. Beispielfhaft schildern mehrere interviewte alkoholabhängige Menschen, die eine Abstinenz nach einem selbstinitiierten oder institutionell gestützten Entzug aufrecht erhalten konnten, die Vorteile der Abstinenz. Es handelt sich um vier alkoholabhängige Männer und Frauen, die vor der Berentung ihren Alkoholkonsum kontrollieren konnten und erst mit der Berentung ihren Konsum gesteigert haben und negative gesundheitliche und soziale Folgen erlebten (*late-onset*). Durch die langen Jahre des kontrollierten Konsums mit gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und sozialer Einbindung hatten sie weniger starke finanzielle, soziale und gesundheitliche Folgen als Menschen, die schon früher im Leben eine starke Abhängigkeit entwickeln (*early-onset*). Die Interviewten schildern, dass Abstinenz viele Vorteile mit sich bringe, z. B. mehr Energie haben, mehr Geduld, Verbesserung der sozialen Beziehungen (Kontakt zu Ehefrau und Kindern, auf Enkel aufpassen dürfen, nicht mehr lügen wegen des Alkoholkonsums), des Gesundheitszustandes und mehr Unabhängigkeit (z. B. jederzeit Autofahren können) (SiA25, SiA26, SiA27, SiA28). Keinen Alkohol zu konsumieren und in einer Gesellschaft, in der

Alkoholkonsum sehr verbreitet ist, alkoholische Getränke abzulehnen, ist allerdings ein Thema, mit dem die Betroffenen immer wieder konfrontiert sind (z. B. SiA28, 134-162) (vgl. Kapitel 4.7.1).

Insbesondere langjährig Abhängige haben z. T. sehr viel Behandlungserfahrung und können sich oft nicht vorstellen, abstinent zu leben, schildert der Mitarbeiter einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe:

*„Könnten Sie sich nicht vorstellen, doch noch mal einen anderen Weg zu gehen, noch mal nüchtern den Weg zu gehen?‘, (...) sagen die meistens ‚nein‘. Ganz direkt. (...) ‚wissen Sie, wie stellen Sie sich das vor? Mein ganzes Leben ist den Bach runtergegangen, meine Familie will mit mir nichts zu tun haben, meine Gesundheit ist ruiniert, nun sagen Sie mir doch einen Grund auf der anderen Seite der Waage, der die Waage irgendwie bewegen kann. Ja, es gibt keinen. Und dann muss ich mir das ganze Elend auch noch nüchtern angucken?‘“ (SiA22, 518-531)*

Ein anderer Interviewpartner aus dem Bereich Suchthilfe plädiert vor diesem Hintergrund dafür, zunächst eine Reduktion des Konsums, statt eine abstinente Lebensweise anzuregen:

*„Während eben bei einem langjährig Suchtkranken, einem Menschen der 40 Jahre lang suchtkrank ist, da darf man sich schon mal fragen als Berater, ob ich dem jetzt wirklich die Abstinenz empfehle, oder ob ich nicht lieber versuche, schrittweise zu reduzieren und dem schrittweise dadurch ein bisschen Lebensqualität zu vermitteln.“ (SiA20, 544-552)*

Dass Betroffene eine Konsumreduktion häufig positiv erleben, betont auch eine weitere Expertin:

*„Immer auch die Motivation: ‚Es lohnt sich weniger zu trinken, weil man gewinnt sofort auch mit der Umstellung an Lebensqualität‘. Die Leute werden wieder sicherer, sehen klarer, spüren sich ganz anders, stürzen nicht mehr so viel.“ (SiA20, 211-218)*

Bei den älteren Substituierten handele es sich in der Regel um eine chronisch kranke Gruppe; dennoch würden sich Ältere, so die Einschätzung eines interviewten Experten, der in der Betreuung Substituierter arbeitet, anders mit der Option eines Ausstiegs aus der Substitution auseinandersetzen und gegebenenfalls abdosieren (SiA02, 522-588). Zudem würde sich der Beikonsum anderer Suchtmittel mit zunehmenden Alter verringern, sagen mehrere Interviewpartner (SiA02, 21-30; SiA16, 18). Bei einer Verringerung der Dosis des Substituts würden auch die Nebenwirkungen reduziert (SiA02, 522-588), wobei der vollständige Verzicht oft schwierig ist:

*„Und dann schon häufig die Aussage kommt, ‚damit geh ich ins Grab‘. Zwar immer noch mit den Mundwinkeln nach unten gezogen, ja, also so, sie wollen es ei-*



*gentlich nicht und sie hätten es gerne geschafft, aber zu viele Anläufe, wo es dann doch nicht geklappt hat, (es) gibt keine aus unserer Erfahrung keine signifikante Änderung in der Aussteigerquote“ (SiA02, 530-549)*

Eine Abstinenz oder der Konsum von Suchtmitteln bringt auch immer den Einschluss oder Ausschluss von Angeboten mit sich. So haben viele der substituierten Abhängigen psychosoziale Betreuung (PSB), an die sie sich wenden können und die auch im Alter eine wichtige Unterstützung sein kann (z. B. beim Zugang zu ärztlicher Versorgung etc., vgl. Kapitel 5.1.7). Andererseits gibt es Angebote, die hauptsächlich für Abstinente vorgesehen sind, z. B. viele Selbsthilfegruppen (SiA02, 766-783) (vgl. Kapitel 5.1.5).

## **5.1.2 Suchtberatung**

### **5.1.2.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

Die ambulante Suchtberatung wird in Berlin in sechs Planungsregionen durch 13 Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen, acht Drogenberatungsstellen und sechs integrierte Beratungsangebote abgedeckt (SenGesSoz 2014). Die spezialisierten Beratungsstellen für Alkohol und Medikamente bzw. für Drogen führen bezüglich des jeweils anderen Suchtmittelspektrums zwar Erstberatungen durch, vermitteln dann aber in die für die jeweilige Problematik zuständige Beratungsstelle der Suchthilferegion, ggf. also in einen anderen Bezirk (SiA01, 412-425). Der Zielsetzung nach richtet sich ihr Angebot mittlerweile<sup>12</sup> an alle Altersgruppen. Nach Einschätzung einer Expertin aus der Suchtprävention besteht jedoch häufig noch eine implizite Orientierung auf jüngere Altersgruppen (SiA21, 99-109).

Zu den Aufgaben der Suchtberatungsstellen gehören die Beratung und ggf. Motivierung Ratsuchender und Vermittlung in weiterführende Hilfen, beispielsweise in Entzugs- oder Entwöhnungseinrichtungen oder Psychosoziale Betreuung. Angeboten werden auch ambulante Therapien. Die Beratungsstellen können dabei unterstützen, eine für den oder die Einzelne bedarfsgerechte Kombination von Hilfen aus Behandlung, Unterstützung und flankierenden Maßnahmen zu organisieren. Beispiele hierfür sind die Verbindung von Einzel- und Gruppengesprächen, die parallele Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder der Besuch einer Tagesstätte, ambulante Psychotherapie sowie die Nutzung sozio- oder ergotherapeutischer Angebote im Krankenhaus (SiA01, 584-592; 878-884).

### **5.1.2.2 Zugangswege**

Nach Einschätzung eines langjährig in der Beratung älterer alkoholabhängiger Menschen erfahrenen Interviewpartners unterscheiden sich die Zugangswege alkoholabhängiger älterer Menschen nicht grundsätzlich von denen jüngerer. Der Zugang zu Beratungsstellen kann demnach selbst- oder fremdmotiviert durch Angehörige, Bekannte oder – sofern die Betroffenen noch in einem Arbeitsverhältnis stehen – durch Vorgesetzte erfolgen (SiA01, 135-140).

---

<sup>12</sup> Bis vor zehn Jahren enthielt die Aufgabenbeschreibung der Suchtberatungsstellen – so der durch die Autorinnen nicht überprüfbare Hinweis eines Interviewpartners – noch eine obere Altersgrenze der Zielgruppe von 65 Jahren, die erst im Zuge der Umsetzung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes durch die Senatsverwaltung aufgehoben worden sei (SiA01, 330-336).

Als besonders bedeutsam wird jedoch die Vermittlung durch niedergelassene Fach- und insbesondere HausärztInnen erachtet (SiA01, 122-123). Suchtkonsile auf somatischen Stationen werden nach Einschätzung eines Experten aus der Suchtrehabilitation entgegen den Empfehlungen der S3-Leitlinie überwiegend auf Anfrage statt aufsuchend angeboten und in der Folge relativ wenig in Anspruch genommen (SiA03, 81-92). Ein wichtiger – wenngleich im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung später – Zugangsweg ist zudem die regelhafte Vorstellung von Angeboten der Suchtberatung auf Entgiftungsstationen (SiA01, 140-142). Auch eine räumliche Nähe zur bezirklichen Selbsthilfe-, Kontakt- und Beratungsstelle kann den Zugang erleichtern, so zumindest die Einschätzung für Marzahn (SiA20, 370-372).

Nach Einschätzung eines bezirklichen Suchthilfekoordinators erfolgt der Zugang zu Angeboten der Suchtberatung in vielen Fällen erst spät, beispielsweise dann, wenn die sozialen Beziehungen durch die Abhängigkeit bereits stark beeinträchtigt sind und „*schon eine ziemliche Leidensspanne absolviert*“ wurde (SiA20, 159-161). Das kann daran liegen, dass in älteren Kohorten Suchterkrankungen stärker stigmatisiert sind. Auch die damit einhergehende Mentalität „*da alleine durch zu müssen*“ könnte es zusätzlich erschweren, Hilfe und Unterstützung zu suchen und anzunehmen (SiA01, 20-22)<sup>13</sup> (vgl. Kapitel 4.7.1).

Ältere drogenabhängige Menschen haben, so die Einschätzung eines langjährig in der Drogenhilfe tätigen Sozialarbeiters sowie einer erfahrenen Suchttherapeutin, zum Teil bereits in jüngeren Jahren Erfahrungen mit dem Suchthilfesystem gemacht, an die sie anknüpfen wollen, wenn sie erneut Beratungsstellen aufsuchen (SiA02, 512-520).

### **5.1.2.3 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme**

Das Ausmaß benötigter Hilfen von Personen, die in die Beratung kommen, ist unterschiedlich. Schon das Wissen um die Möglichkeit von Beratung kann unterstützen und beispielsweise im Falle eines Rückfalls den Zugang zu Hilfe erleichtern (SiA28, 128-133). Für PatientInnen mit einer *late-onset*-Alkoholabhängigkeit stellen sich die Beratungsstellen als niedrigschwelligeres Beratungsangebot dar als die Sozialpsychiatrischen Dienste der Bezirke – so zumindest die Erfahrung der Mitarbeiterin eines SpD (SiA18, 311-333). Ein frühzeitiger Zugang kann mitunter der Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung vorbeugen, wenn die Beratungsstelle beispielsweise in ein passendes Gruppenangebot vermitteln kann (SiA28, 120-127). Auch eine unterstützende Begleitung, wenn ein Entzug der betroffenen Person (noch) nicht möglich erscheint, kann vorhandene Ressourcen stärken und dazu beitragen, eine weitere Verschlechterung der Situation zu verhüten (SiA01, 678-685).

---

<sup>13</sup> Zu beachten ist allerdings, dass es an belastbaren Daten mangelt, welche eine stärkere Stigmatisierung in höheren Altersgruppen und entsprechende Kohorteneinstellungen belegen könnten. So berichten Angermeyer et al. (2013) zwar, dass Vorbehalte gegen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sich im Zeitraum von 1990 bis 2011 vermindert hätten und die Offenheit gegenüber psychosozialen Institutionen und der Inanspruchnahme von Hilfe zugenommen habe, machen jedoch keine altersgruppenbezogenen Angaben zu diesem Phänomen.

### Mobilitätsbeeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit

Mit Blick auf die Lebenssituation und besonderen Bedarfe älterer Abhängigkeitserkrankter fällt insbesondere der erschwerte Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte und unterstützungs- oder pflegebedürftige Personen (vgl. Kapitel 4.8.2) zur Beratung auf. Dies betrifft sowohl ältere alkoholabhängige als auch teilweise frühzeitig körperlich gealterte drogenabhängige Menschen (SiA21, 111-115). In solchen Fällen können Beratungsangebote, wenn überhaupt, nur unter großen Mühen selbst aufgesucht werden. Umso größere Bedeutung erhält eine „motivierende Gesprächsführung“ (DHS 2015, 120-124) durch andere Akteure des Versorgungssystems, mit denen Betroffene regelmäßig im Kontakt sind und zu denen häufig eine vertrauensvolle Beziehung besteht, beispielsweise HausärztInnen oder MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste. Ist so ein erster Kontakt hergestellt, stoßen MitarbeiterInnen aus der Suchtberatung beim Versuch, Mobilitätshilfen zu organisieren, allerdings immer wieder auf bürokratische und leistungsrechtliche Barrieren (SiA01, 228-242), selbst wenn sie sich der Notwendigkeit, Mobilitätshilfe zu organisieren, bewusst sind, was angesichts der Fülle der Aufgaben und Zielgruppen der Stellen nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann.

*„Wir hatten ja versucht Klienten, die angewiesen sind auf Mobilitätshilfen und denen es nicht möglich ist – und das finde ich eigentlich auch eine Zumutung – mit dem Taxi hier her kommen zu müssen und über den Krankentransport, das funktioniert nicht. Das funktioniert allenfalls für die Tagesklinik, aber ein Angebot hier donnerstags wahrzunehmen, ja, weil er eben nicht mehr die Treppen hochkommt oder die S-Bahn runter kommt oder oder oder, führt von Seiten der Krankenkassen natürlich auch kein Weg rein zu sagen, das zu finanzieren, ja. Und ich denke, das ist ein kleines Übel gegenüber dem, was sonst passiert, wenn er keine Kontakte und so weiter hat. (...) Und man muss eben sagen, es ist eines von vielen Themen, denen sich die Suchthilfe stellen muss.“ (SiA01, 228-242)*

Eine mögliche Antwort wären aufsuchende Beratungsangebote, wie es beispielsweise die Beratungsstelle in Treptow-Köpenick mit finanzieller Unterstützung des Bezirks entwickelt hat (Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin 2016, 20), oder eine verstärkte Beratung von Akteuren aus Altenhilfe und Pflege, wie sie von der Beratungsstelle in Treptow-Köpenick sowie in Tempelhof-Schöneberg auf Projektbasis initiiert wurden, und die im Folgenden näher vorgestellt werden.

### Altersspezifisches Angebot: Seniorengruppe und aufsuchende Beratung der „Beratungsstelle für Suchtkranke Treptow-Köpenick“

Die „Beratungsstelle für Suchtkranke Treptow-Köpenick“ (Schwerpunkt Alkohol und Medikamente) berät überwiegend zu Alkoholabhängigkeit (SiA01, 518-528). Nach Selbsteinschätzung der Beratungsstelle wird das Beratungsangebot von über 60-Jährigen gut nachgefragt; eine Klientin hatte ihren Erstkontakt mit 80 Jahren (SiA01, 664); auch über 80-Jährige werden betreut (SiA01, 503-505). Der überwiegende Teil der KlientInnen meldet sich per Mail oder telefonisch an und vereinbart einen Beratungstermin, nur ein geringer Teil sucht die Beratungsstelle spontan auf (SiA01, 557-564).

Bereits seit Vorwendezeiten wird in dieser Beratungsstelle eine therapeutisch angeleitete abstinenzorientierte Gesprächsgruppe für über 65-Jährige angeboten (SiA01, 226-228). Sie wird seit 1992 von derselben Mitarbeiterin und seit vielen Jahren zur gleichen Zeit und am gleichen Ort angeboten (SiA01, 442-454) (vgl. auch Kapitel 5.1.5).

Darüber hinaus setzt die Beratungsstelle ein im Kontext des bezirklichen Gesundheitszieleprozesses entwickeltes und finanziertes Projekt zur aufsuchenden Beratung bei Sucht im Alter um, das sich insbesondere an mobilitätseingeschränkte ältere Menschen richtet, die in der eigenen Häuslichkeit oder in stationären Pflegeeinrichtungen leben (Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin 2016, 20). Es umfasst Einzelgespräche mit mobilitätsbeeinträchtigten Personen und zeigt Nicht-Mobilitätsbeeinträchtigten andere Angebote wie die Sprechstunde in der Beratungsstelle oder Gruppenangebote auf (SiA01, 539-544). Der Schwerpunkt der Beratungen lag nach Selbstauskunft der Stelle zunächst auf einer Sensibilisierung der Leitungen der im bezirklichen Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbund vertretenen stationären Einrichtungen der Altenpflege sowie auf einer empathischen Ansprache Betroffener und MultiplikatorInnen. Im Verlauf fragten zunehmend auch ambulante Pflegedienste Beratung nach (Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin 2016, 20); auch aus dem Krankenhaus im Einzugsgebiet gebe es Anfragen (SiA01, 624-627).

#### Altersspezifisches Angebot: Seniorengruppe und aufsuchende Beratung der „Alkohol- und Medikamentenberatungsstelle Tempelhof-Schöneberg“

Die Alkohol- und Medikamentenberatungsstelle Tempelhof-Schöneberg ist Mitglied im Gerontopsychiatrischen-Geriatriischen Verbund Tempelhof (GPGV Tempelhof 2016) und bietet „Einzelberatung und Gruppenarbeit auch für ältere Menschen und ihre Angehörigen“ an; auch Pflegekräfte können Beratungsgespräche in Anspruch nehmen (Notdienst Berlin ohne Jahr).

#### **5.1.2.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Suchtberatung**

Insbesondere für spät erkrankte ältere alkoholabhängige Menschen (*late-onset*) besteht eine Vielzahl potenzieller Barrieren beim Zugang zu Angeboten der Suchtberatung: Zu nennen sind hier das häufig fehlende Bewusstsein bei den Betroffenen über den eigenen Risikokonsum, eine verbreitete Stigmatisierung<sup>14</sup> des Themas „Sucht“ in der Altersgruppe (vgl. Kapitel 4.7.1) sowie Hinweise auf eine geringe Bekanntheit von Angeboten der Suchtberatung unter älteren Menschen und Mobilitätsbarrieren.

In solchen Situationen gewinnen das unmittelbare soziale Umfeld der Betroffenen sowie – insbesondere, im Falle kleiner werdender sozialer Netzwerke oder Isolation – niedergelassene ÄrztInnen und MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste als mögliche Vertrauenspersonen sowie eine verstärkte Sensibilität auf somatischen Krankenhausstationen (Umsetzung der S3-Leitlinie)<sup>15</sup> an Bedeutung für den Zugang zu Angeboten der Suchtberatung und -hilfe. Auch ältere Menschen, die bereits in jüngeren Jahren eine alkoholbezogene Abhängigkeits-

---

<sup>14</sup> Zur unklaren Datenlage bezüglich altersbezogener Haltungen vgl. Fußnote 13.

<sup>15</sup> Daten zur Umsetzung der Empfehlungen der S3-Leitlinie bzgl. des aufsuchenden Angebots suchtmedizinischer Konsile auf Krankenhausstationen liegen den Autorinnen nicht vor.

erkrankung entwickelt haben, können von einer erhöhten Sensibilität niedergelassener ÄrztInnen, von Pflegeeinrichtungen und somatischen Krankenhausstationen profitieren.

Eine stärkere Vernetzung zwischen Akteuren unterschiedlicher Versorgungsbereiche, die weitere Sensibilisierung der in Altenhilfe und Suchtberatung Tätigen (vgl. Kapitel 5.5), eine Ausstattung der Suchtberatungsstellen, so dass Betroffene und Einrichtungen vermehrt auch aufsuchend beraten werden können, der Abbau von baulichen Barrieren, eine gute Anbindung an den ÖPNV sowie Orte und Angebotszeiten, welche die Gewohnheiten älterer Menschen beachten, stellen Handlungsmöglichkeiten dar, um den Zugang älterer Abhängiger zu Angeboten der Suchthilfe zu verbessern. Vielversprechend sind in dieser Hinsicht die beiden identifizierten altersspezifischen Angebote der Suchtberatung, die – teilweise mit langjährig in der Beratung älterer Menschen erfahrener Personal – auch aufsuchend arbeiten und bei Bedarf Betroffene wie auch Pflegeeinrichtungen beraten. Auf eine stärkere Einbindung der Altenhilfe zielt im Kern auch der Vorschlag einer Interviewpartnerin aus dem suchtmmedizinischen Bereich, die anregt, dass Träger und Bezirke verstärkt spezifische Beratungs- und Gruppenangebote für ältere Personen mit Suchtproblemen oder -krankheit vorhalten, oder entsprechende Angebote an vorhandene Freizeitangebote bzw. Stadtteileinrichtungen anbinden (SiA17, 662-677). Solche Aktivitäten können auch zu einem selbstverständlicheren Umgang und einer Entstigmatisierung des Themas „Sucht im Alter“ beitragen (SiA21, 283-298).

### **5.1.3 Entzug**

#### **5.1.3.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

Die Entgiftung oder Entzugsbehandlung ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Entgiftungsbehandlungen werden überwiegend in Krankenhäusern der psychiatrischen Pflichtversorgung, auf somatischen Krankenhausstationen oder ambulant begleitet durchgeführt. In Berlin gibt es mindestens 23 Entzugseinrichtungen (SenGesSoz 2015b). Genauere Angaben zur Zahl der in Berlin für die Entgiftung – auch auf somatischen Stationen – zur Verfügung stehenden Betten liegen den Autorinnen nicht vor.

Die S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen fasst unter den Begriff der „Entzugsbehandlung“ sowohl die „körperliche Entgiftung“ als auch die „qualifizierte Entzugsbehandlung“. Die körperliche Entgiftung beschränkt sich *„auf die Behandlung einer Komplikation der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit, nämlich die Alkoholintoxikation bzw. den Alkoholentzug“*. Die „qualifizierte Entzugsbehandlung“ geht über die körperliche Entgiftung hinaus: *„Hier zielen diverse Behandlungsbausteine auf die eigentliche Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit ab“* (AMWF 2016a, 13). Die Leitlinie empfiehlt, die Dauer der *körperlichen* Entgiftung an der individuellen Schwere der Entzugserscheinungen und der körperlichen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen zu orientieren. Für die qualifizierte Entzugsbehandlung wird eine Dauer von mindestens 21 Behandlungstagen empfohlen; auch hier kann individuell *„eine längere Behandlungsdauer notwendig werden“* (AMWF 2016a, 16).

### **5.1.3.2 Zugangswege**

Der Zugang älterer Abhängigkeitserkrankter zur Entgiftung erfolgt auf Einweisung durch Haus- und FachärztInnen, teilweise angestoßen durch das soziale Umfeld von Betroffenen oder auch durch diese selbst. Weitere Zugangswege sind Überweisungen von somatischen Stationen sowie Notfalleinweisungen aus Rettungswachen (SiA17, 163-167; 191-197).

Akuteinweisungen oder das Auftreten internistischer Komplikationen bei Krankenhausaufenthalten, hinter denen eine Alkoholabhängigkeit entdeckt wird, können die Verlegung zur Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Abteilung und von dort in die Rehabilitation (SiA03, 320-329), aber auch in Pflegeeinrichtungen (SiA05, 752-764) oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (SiA22, 175-196) nach sich ziehen, insbesondere wenn dort ein ambulanter Pflegedienst PatientInnen bei Bedarf versorgt (SiA22, 295-301).

### **5.1.3.3 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme**

Die S3-Leitlinie dokumentiert unter Rückgriff auf Daten des Statistischen Bundesamtes insgesamt ca. 160.000 Entgiftungsbehandlungen pro Jahr wegen Alkohol in somatischen Kliniken, wovon ca. 7.000 als qualifizierter Entzug durchgeführt wurden (vgl. AMWF 2016b, 335). In psychiatrischen Kliniken und Abteilungen wurden – je nach Erhebung – 200.000 bis 270.000 Behandlungen wegen Alkohol dokumentiert (AMWF 2016b, 335 unter Verweis auf Längle 2012). Altersgruppenspezifische Angaben werden dort nicht berichtet (AMWF 2016b, 335).

Angaben zur Anzahl der in Berlin durchgeführten Entgiftungen bei älteren PatientInnen liegen den Autorinnen nicht vor. Die Berliner Krankenhausstatistik weist für das Jahr 2013 insgesamt 936 PatientInnen im Alter von über 64 Jahren aus, die aus vollstationärer Behandlung wegen „psychische(n) oder Verhaltensstörungen bedingt durch Alkohol“ entlassen wurden, 337 davon Frauen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2014, 2, 4).<sup>16</sup>

### Wartezeiten und Aufnahmebedingungen

Die Einschätzungen der InterviewpartnerInnen zur Verfügbarkeit von Entgiftungsplätzen deuten auf Schwierigkeiten bei einem kurzfristigen Zugang zur Entgiftung für ältere PatientInnen hin: Der ärztliche Leiter einer Rehabilitationsklinik hält Entzugsstationen für „*eigentlich immer gut ausgelastet*“ (SiA03, 812). Die Mitarbeiterin einer Beratungsstelle, die viele ältere PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit berät, problematisiert relativ lange Wartezeiten von teilweise drei Wochen, welche die Motivation zur Entgiftung stark beeinträchtigen könnten, so dass eine Behandlung teilweise nicht mehr zustande käme (SiA01, 211-216).<sup>17</sup> Die leitende Oberärztin einer suchtmmedizinischen Abteilung gibt an, in ihrer Einrichtung bei Vor-

---

<sup>16</sup> Zu beachten ist, dass in dieser Zahl Entgiftungen, die im Zuge von Krankenhausaufenthalten aufgrund einer anderen Diagnose erfolgten, nicht enthalten sind.

<sup>17</sup> Würden mehr Abhängige in die Entgiftung kommen, müssten entweder Betten aufgebaut oder die Behandlungsdauern verkürzt werden (SiA03, 807-841). Dies stünde wiederum einer guten Versorgung entgegen. Entsprechend problematisch seien Finanzierungsanreize, die es unattraktiv machen, PatientInnen mit hohem Versorgungsbedarf zu behandeln oder zu einem qualifizierten Entzug zu motivieren (SiA03, 819-832). Damit gefährdeten die gesetzten betriebswirtschaftlichen Anreize nicht nur die individuell bedarfsgerechte Versorgung, sondern bekämen auch Vorrang vor volkswirtschaftlichen Erwägungen (SiA03, 807-841).

liegen einer ärztlichen Einweisung sowie der Kostenübernahme durch die Krankenkasse „in der Regel innerhalb einer Woche“ einen Aufnahmetermin für eine qualifizierte Entgiftung anbieten zu können (SiA17, 169-170).

Nicht nur Wartezeiten und die notwendige Beschaffung einer Kostenzusage bei der Krankenkasse, auch die unterschiedlichen Aufnahmeregelungen der „10 bis 15 Krankenhäuser“ (SiA16, 52-53) in Berlin, die einen Entzug anbieten, stellten jedoch Zugangsbarrieren dar, so der Hinweis des interviewten Substitutionsarztes. Er führt das Beispiel eines Krankenhauses an, in dem man täglich um 7.30 Uhr telefonisch erfragen müsse, ob ein Platz frei sei, was eine entsprechende Kompetenz von dem erkrankten Menschen verlange (SiA16, 53-57).

#### Dauer der Akutbehandlung

Die Reduzierung der üblichen Dauer einer Entgiftung von 21 auf 7 Tage wird von verschiedenen Interviewpartnern gerade im Hinblick auf die Situation älterer Abhängigkeitserkrankter angesprochen (SiA01, 197-211). Zwar hält der interviewte Hausarzt die Verkürzung der Entgiftungszeit mit Blick auf die Erfahrung älterer PatientInnen nicht für problematisch, da diese „Bescheid wüssten“ (SiA16, 87-91). Doch gilt dieses ‚Bescheidwissen‘ zum einen nur für PatientInnen mit einer bereits lange bestehenden und schweren Abhängigkeit, so dass schon Entzüge voran gegangen sind. Zum anderen werden bei der Behandlung der älteren Abhängigen spezifische Probleme gesehen, welche die Behandlung dieser PatientInnengruppe zeitaufwändiger machten. Angeführte Beispiele sind die Notwendigkeit und Schwierigkeit, die medikamentöse Therapie auf die häufig bereits bestehende Medikation, oft eine Mehrfach-Medikation, abzustimmen (SiA17, 564-572), oder die Zeit, die ältere PatientInnen für die kognitive und körperliche Erholung benötigen, so dass erst im Anschluss eine Diagnostik der verbleibenden kognitiven Funktionen sinnvoll durchgeführt werden könne (SiA17, 220-230).

Auch die Klärung der Möglichkeiten und Unterstützungsbedarfe der älteren PatientInnen mit häufig kumulierenden Problemlagen für eine Entlassung nach Hause sowie die möglicherweise bestehende Pflegebedürftigkeit erforderten Zeit und eine ausreichende personelle Ausstattung in der Entgiftung (SiA17, 602-625).

*„Also d.h., dass die Mobilität der Betroffenen eingeschränkter ist, als bei der Normalbevölkerung durch die zusätzliche Suchterkrankung und das es dann nicht selten zu einem einerseits höheren Pflegeaufwand kommt – da sind wir wieder bei dem Thema, ob das ausreichend finanziert ist – und dann ist eben klar, wenn sie suchtkranke Ältere betreuen auch ausreichend Pflegekräfte, also mehr Pflegekräfte brauchen, als wenn sie junge Suchtkranke betreuen, die sind meistens wieder nach ein, zwei Tagen wieder recht fit und können vieles wieder alleine. Der ältere Suchtkranke braucht aber viel länger die Pflegekraft noch, die ihn unterstützt.“ (SiA17, 595-610)*

Aus der Verkürzung der Dauer der Akutbehandlung resultiert nach Einschätzung der InterviewpartnerInnen ein größerer Bedarf an nachstationären Angeboten (SiA01, 207-209; SiA 17, 564-595). Zur Minderung kognitiver Defizite seien zudem ambulante Angebote notwen-

dig, die am ehesten in der klassischen Altenhilfe oder tagesklinischen Angeboten zu finden seien, weshalb die Leiterin der suchtmmedizinischen Abteilung eine zweiwöchige tagesklinische Weiterbehandlung im Anschluss an qualifizierte Entgiftungen vorschlägt, um insbesondere kognitive Defizite zu behandeln (SiA17, 564-595).

#### Entgiftungsstation versus Gerontopsychiatrie

Sowohl ein Interviewpartner aus einer Suchtberatungsstelle als auch die leitende Oberärztin einer suchtmmedizinischen Fachabteilung thematisieren die sich im Hinblick auf ältere PatientInnen in manchen Fällen stellende Frage, ob die Entgiftung auf einer suchtmmedizinischen Station oder auf einer gerontopsychiatrischen Station mit suchtmmedizinischem Konsil erfolgen solle (SiA01, 384-391; SiA17, 465-476). Letzteres geschehe beispielsweise, wenn ein unkomplizierter Verlauf der Entgiftung zu erwarten sei. Die Oberärztin nimmt ältere PatientInnen alternativ zunächst auf der Entgiftungsstation auf und veranlasst die Verlegung dieser PatientInnen auf die benachbarte gerontopsychiatrische Station, falls sich beispielsweise aufgrund einer demenziellen Erkrankung die Notwendigkeit eines längeren Aufenthalts abzeichnet, um eine Demenzdiagnostik anzuschließen (SiA17, 216-230). Hier deutet sich eine Versorgungsproblematik an, für die eingehender zu untersuchen wären, ob und welche Möglichkeiten bestehen, durch ein möglichst frühzeitiges Screening und ausgebaute Konsildienste PatientInnen die Belastung eines Stationswechsels zu ersparen.

#### Ambulante Entgiftung

Die Leiterin eines stationären Wohnangebotes für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige und zwei HausärztInnen weisen in den Interviews darauf hin, dass ältere alkoholabhängige PatientInnen häufig lieber ambulant entziehen würden als stationär, darunter auch chronisch Erkrankte, die bereits auf eine Vielzahl von Entgiftungen zurückblicken (SiA09, 698-709; SiA16, 81-82; PSY2F04, 68-77). Hierfür fehlt es jedoch an Versorgungsstrukturen, die dies sicher begleiten können; so weisen interviewte HausärztInnen auf die bei ihnen selbst bzw. unter KollegInnen bestehenden Vorbehalte hin, ambulante Entgiftungen zu begleiten (SiA16, 72-85; PSY2F04, 68-77). Der Vorschlag eines Interviewpartners, den ambulanten Entzug durch Drogenberatungsstellen zu begleiten, die dafür rund um die Uhr erreichbar sein müssten (SiA16, 72-85), wäre genauer zu prüfen.

#### Rückfallprävention Entgiftung

Zwei mittlerweile abstinent lebende Interviewpartner, deren Alkoholabhängigkeit sich erst nach der Berentung manifestierte (*late-onset*) und die sozial relativ eingebunden blieben, erlebten den Aufenthalt auf der Entgiftungsstation als so abschreckend, dass sie einen solchen kein weiteres Mal durchmachen wollen (SiA25, 104-109; SiA27, 84-97). Vermutlich ist dies nicht nur auf Lärm, Zigarettenqualm und die Aufforderung, auf Station einen Rollator zu nutzen, zurückzuführen (SiA25, 91-94), sondern auch auf die Situation der MitpatientInnen. So schildert einer der beiden, er habe nicht nur die Entgiftung zunächst abbrechen wollen, sondern auch das nachsorgende Angebot der Klinik vor allem in Anspruch genommen, um sich



bei seinen Besuchen die schlimme Situation der Betroffenen auf der Entgiftungsstation zu vergegenwärtigen und sich vor einem Rückfall zu hüten (SiA27, 87-117).<sup>18</sup>

*„Aber abgeschreckt hat mich dort, was ich dort gesehen habe(...), richtiges Elend. Ja. (...) (E)s gibt dort (...) ein so genanntes Ehemaligentreffen, wo sich (...) Leute, die da mal waren, dort zu einer Gesprächsrunde treffen. Und ich bin auch ein paar Mal dagewesen, nur um mich dort dann wieder mal wieder umzugucken in dem Speiseraum und so, um ein abschreckendes Bild wieder zu bekommen: ‚Oh, hier möchtest Du nicht mehr her. Hier, das möchte ich mir gerne ersparen, hier nochmal als Patient zu sein.‘ Ja.“ (SiA27, 87-106)*

Dieser Interviewpartner fand von der Entgiftung aus jedoch auch in eine ambulante Therapiegruppe, die er nach wie vor und sehr gerne aufsucht (SiA27, 167-179).

Die Frage, welche Bedeutung der Aufenthalt auf einer Entgiftungsstation für ältere PatientInnen mit *late-onset*-Abhängigkeit hat, die bisher keine Erfahrungen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem gesammelt haben, verdient in künftigen Studien eine tiefer gehende Untersuchung.

#### Vermittlung in weitere Hilfen

Entzugsangebote – vor allem zur qualifizierten Entgiftung – stellen auch für ältere Menschen einen Weg in weiterführende und längerfristig angelegte Hilfen wie Therapien oder Selbsthilfegruppen dar. Insbesondere Träger aus den Bereichen Beratung und Therapie machen sich und ihre ambulanten und stationären Angebote auf Entgiftungsstationen bekannt,<sup>19</sup> um einen möglichst nahtlosen Übergang aus der Entgiftung in die ambulante Behandlung zu ermöglichen (SiA17, 270-274). Voraussetzung dafür, dass dieser Übergang gelingt, ist ein beträchtliches Maß an Motivation und Eigeninitiative der Betroffenen.

*„Während dieser Zeit dort, während der sieben Tage haben sich (...) verschiedene Leute dort vorgestellt, Selbsthilfegruppen und so. Und (...) die Frau (Leiterin eines ambulanten Therapieangebotes) hat mir persönlich am besten gefallen, und ich hab sie auch gleich danach angesprochen und hab mir eine Karte von hier, von ihr geben lassen, und habe gesagt, ich melde mich. Und als ich dort entlassen wurde, gleich nächsten Tag hab ich hier bei Frau (Name) angerufen. Und ich hatte Glück, dass irgendwie ein Patient ausgefallen- Und ich konnte noch in der gleichen Woche, ich glaube zwei Tage später irgendwie, bei ihr erstmal vorsprechen, nach zwei, drei Einzelgesprächen bin ich dann in die Gruppe rein. Ich hab das sofort nicht, keinen Tag verstreichen lassen; sofort in Angriff genommen. Also mein Interesse war sehr groß.“ (SiA27, 167-179)*

---

<sup>18</sup> Deutlich wird an diesem Beispiel auch die große Bedeutung von Scham und Stigmatisierung.

<sup>19</sup> So berichten dies SiA01, 123-126; 140-142; 627-629; SiA20, 368-369; SiA03, 57-75; SiA04, 235-238; SiA17, 260-274; SiA20, 368.

Die für die langfristige Prognose entscheidende Weitervermittlung kommt jedoch zu kurz, wenn PatientInnen, insbesondere mit einer *late-onset*-Abhängigkeit, z. B. nach Stürzen, auf somatischen Stationen parallel zur sonstigen Versorgung entziehen, statt in eine qualifizierte Entgiftung weitergeleitet zu werden (SiA17, 145-149; 336-343).

*„Was (dort) aber nicht passiert, weswegen es ja die Definition des qualifizierten Entzuges gibt, ist in der Regel, dieses kurze therapeutische Zeitfenster in der Somatik zu nutzen, um Menschen auf dieses Problem anzusprechen“ (SiA17, 148-149).*

#### **5.1.3.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Entzug**

Im Hinblick auf ungenutzte Potenziale der Vermittlung älterer PatientInnen aus der Akutbehandlung in weitere Angebote der Suchthilfe bleibt genauer zu klären, inwieweit diese Zielgruppe, wenn sie auf somatischen Stationen ‚nebenbei‘ entzieht, tatsächlich auf die Suchterkrankung angesprochen wird und weitere mögliche Hilfen angeboten erhält. Die Versorgungsakteure beschreiben einen Mangel an kurzfristig zugänglichen Plätzen für die qualifizierte Entgiftung, mit der negativen Folge einer möglichen Beeinträchtigung der ohnehin häufig fragilen Motivation für den Entzug durch resultierende Wartezeiten. Versorgungsprobleme können sich für ältere PatientInnen zudem aus der Verkürzung der Akutbehandlung ergeben: Aufgrund ihres häufig insgesamt höheren Unterstützungs- und Hilfebedarfs (vgl. Kapitel 4.8) erfordern die Diagnostik und die Klärung der für eine Fortführung des eigenen Haushalts notwendigen Hilfen im Rahmen des Entlassmanagements entsprechend Zeit und Personal. Schließlich fanden wir Hinweise auf offene Fragen hinsichtlich der Möglichkeiten ambulanter Entgiftung.

#### **5.1.4 Entwöhnung und Adaptionstherapie**

##### **5.1.4.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

Entwöhnungsbehandlung und Therapie sind Postakutbehandlungen und „erfolgen häufig als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von Alkohol“ (AMWF 2016a, 27).<sup>20</sup> Bundesweit existieren 249 stationäre Fachabteilungen zur Rehabilitation von Suchterkrankungen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015, 50).<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Die S3-Leitlinie zum Screening, zur Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen beschreibt Angebote der Postakutbehandlung, darunter die Entwöhnungsbehandlung, wie folgt: „Nach einer Entgiftung bzw. einem qualifiziertem Entzug soll eine nahtlose Postakutbehandlung angeboten werden. Sie kann entweder als ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung sowie als Adaptionstherapie (zweite Phase der medizinischen Rehabilitation), als medikamentöse Rückfallprophylaxe oder in anderen Formen erfolgen. Letztere umfassen u. a. die vertragsärztliche Versorgung bzw. ambulante Psychotherapie und die ambulante oder stationäre psychiatrische Weiterbehandlung. Weitere Formen postakuter Interventionen sind Angebote von CMA-Einrichtungen, insbesondere soziotherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke, Angebote der Eingliederungshilfe, niedrigschwellige Hilfeangebote, Beratungsangebote sowie Maßnahmen der Arbeitsförderung und beruflichen Rehabilitation. Postakutbehandlungen erfolgen häufig als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von Alkohol mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähig-

#### **5.1.4.2 Zugangswege**

Die S3-Leitlinie empfiehlt, „Patienten im Anschluss an die Entzugsphase“ postakute Interventionsformen „als nahtlose weiterführende Behandlung“ anzubieten (AMWF 2016a, 29). Der Zugang älterer RehabilitandInnen in die stationäre Entwöhnung erfolgt nach Einschätzung des Leiters einer Rehabilitationsklinik überwiegend aus dem stationären Bereich (SiA03, 57-75). Im ambulanten Bereich gebe es neben Entgiftungsstationen und Beratungsstellen – insbesondere unter den chronisch Erkrankten oder im Falle von Rückfällen – auch Selbstmelder, die aufgrund früherer positiver Erfahrungen mit einer Einrichtung oder auf den Hinweis von Dritten hin („Mund-zu-Mund-Propaganda“) ein Angebot (erneut) aufsuchen (SiA02, 148-160; SiA04, 247-268; SiA04, 258-268). Die leitende Oberärztin einer suchtmmedizinischen Abteilung sieht insbesondere in bezirklichen Suchtverbänden eine wichtige Voraussetzung für einen nahtlosen Übergang, da die Verbände eine Verzahnung von Angeboten und eine regelmäßige Bedarfserfassung – unter anderem im Hinblick auf die Zielgruppe älterer Abhängigkeitserkrankter – ermöglichen würden (SiA17, 274-278).

#### **5.1.4.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen**

Die Reha-Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) weist für das Jahr 2015 über alle Altersgruppen hinweg 46.986 abgeschlossene Entwöhnungsbehandlungen aus, 37.249 davon stationär (DRV Bund 2016, 19).<sup>22</sup> Wegen F10-Diagnosen (Alkohol) wurden 2015 insgesamt 23.555 stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe bei Erwachsenen erbracht,<sup>23</sup> von denen mit 4.907 Leistungen etwa ein Fünftel (21%) auf die Altersgruppe der über 54-Jährigen entfiel (8% auf über 60-Jährige), darunter etwa dreimal so häufig Leistungen für Männer wie für Frauen<sup>24</sup> (DRV Bund 2016, 19-20). Wegen F11-Diagnosen (Opioide) wurden in der Gruppe der über 54-Jährigen bundesweit 67 (3%) von insgesamt 2.160 stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Teilhabeleistungen erbracht, davon 46 für Männer und 21 für Frauen; 15 Leistungen, d. h. ca. 0,7% für über 60-Jährige (DRV Bund 2016, 19-20).

Zu beachten ist allerdings, dass die Krankenversicherung für die hier interessierende Zielgruppe zum relevanteren Kostenträger wird, da sie zuständig ist, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht auf die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit zielt. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfielen im Jahr 2015 bundesweit 16% der 9.010 über alle Altersgruppen hinweg wegen Abhängigkeitserkrankungen erbrachten Rehabilitationsleistungen auf die Gruppe der über 64-Jährigen (1.475 Leistungsfälle). Während altersgruppenübergreifend drei Viertel der Rehabilitationsleistungen wegen Abhängigkeit

---

keit des Abhängigkeitskranken und zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft.“ (AMWF 2016a, 27)

<sup>21</sup> Daten zur entsprechenden Zahl der Fachabteilungen in Berlin liegen den Autorinnen nicht vor.

<sup>22</sup> Für in Berlin abgeschlossene Entwöhnungen vgl. DRV Bund (2016, S. 7 für Männer und S. 9 für Frauen).

<sup>23</sup> Das Durchschnittsalter lag bei 45,8 (Männer) bzw. 46,7 (Frauen) Jahren (DRV Bund 2016, 19-20).

<sup>24</sup> In der Gruppe der über 54-Jährigen entfielen 3.624 der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Teilhabeleistungen für Erwachsene auf Männer und 1.283 auf Frauen (DRV Bund 2016, 19-20).

stationär erbracht wurden, waren es bei den über 64-Jährigen nur 57% der für diese Altersgruppe erbrachten Leistungen (BMG 2016). Die über 64-Jährigen nahmen damit nur 12% der insgesamt stationär wegen Abhängigkeit erbrachten, GKV-finanzierten Rehabilitationsleistungen in Anspruch; von den ambulant erbrachten Leistungen entfielen 28% auf die über 64-Jährigen (BMG 2016, eigene Berechnungen).

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation entspricht die Zahl der Rehabilitationstage je Fall bei den über 64-Jährigen mit 32 Tagen in etwa dem Gesamtdurchschnitt von 31,3 Tagen. Bei den stationären Rehabilitationen wegen Abhängigkeit liegt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage je Behandlungsfall bei den über 64-Jährigen mit 61 Tagen mehr als 20% unter der altersgruppenübergreifenden Zahl von durchschnittlichen 78 Behandlungstagen je Fall (BMG 2016, eigene Berechnungen).

Der Anteil der PatientInnen, die nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung vollständig abstinent leben, liegt bei konservativer Schätzung bei knapp einem Drittel, wobei ein Alter von über 40 Jahren eine gute Prognose mit sich bringt (Bachmeier et al. 2015, 58-59); im Bereich der ambulanten Entwöhnung zeigen katamnestiche Untersuchungen einen Anteil von konservativ geschätzt 43%, die abstinent bleiben (Fischer et al. 2015, 81).

#### Wartezeiten

Nach Einschätzung des interviewten ärztlichen Leiters einer Rehabilitationsklinik könne man in vielen stationären Entwöhnungsangeboten „*problemlos sofort einen Platz bekommen*“ (SiA03, 340-364). Als Gründe, weshalb der nahtlose Übergang von der Entgiftung in Entwöhnung häufig dennoch nicht immer gesichert sei, vermutet er fehlende personelle Ressourcen auf den Entzugsstationen für die relativ umfangreiche Antragstellung sowie Bearbeitungszeiten beim Rentenversicherungsträger (SiA03, 340-364). Die entstehenden Wartezeiten könnten die mit dem Entzug erreichte Abstinenz und die Motivation gerade älterer Betroffener, die einer stationären Rehabilitation ohnehin teilweise ambivalent gegenüberstünden, gefährden – hierin sind sich der Leiter einer Rehabilitationsklinik und die Mitarbeiterin einer Beratungsstelle einig (SiA01, 212-222, SiA03, 332-374). Bis dann erneut Abstinenz und eine Motivation zur Rehabilitation erreicht seien, sei die ein halbes Jahr lang gültige Kostenübernahme in manchen Fällen bereits abgelaufen (SiA03, 340-364). Angesichts der hohen Rückfallgefahr im Falle einer Zwischenentlassung ins häusliche Umfeld hält er es für wichtig, Möglichkeiten einer Direktverlegung zu schaffen, da solche Rückfälle nicht als Ausdruck mangelnder Motivation der Betroffenen, sondern als Lösungsversuch zu werten seien:

*„Das ist ja nicht Ausdruck von Unwillen, dass die Leute nicht motiviert sind, sondern Ausdruck der Ambivalenz, also der Abhängigkeitserkrankte hat ja, macht ja den Versuch vielfach eine psychische Störung zu kompensieren, irgendwie zu lösen und man macht das mit einem Stoff und das ist jetzt per se jetzt erstmal nichts Schlechtes, wenn ein Mensch versucht eine psychische Befindlichkeitsstörung irgendwie zu behandeln.“ (SiA03, 340-364)*

### Behandlungsdauer

Ähnlich der für die Entgiftung beschriebenen Problematik wird auch im Hinblick auf die Rehabilitation darauf hingewiesen, dass eine kurze Rehabilitationsdauer bei älteren Betroffenen wegen der längeren Regenerationszeit des Gehirns problematisch sei. Bis wieder „*eini-germaßen stabile Stoffwechselprozesse*“, Wohlbefinden, Genussfähigkeit und Selbstberuhigungszuversicht entstehen könnten, dauere es länger als sechs Wochen (SiA03, 687-723).

Problematisiert wird von InterviewpartnerInnen aus der Suchtberatung und den beiden interviewten LeiterInnen suchtmedizinischer Einrichtungen, dass seitens der Krankenkassen bei älteren PatientInnen häufig zunächst nur sechs Wochen Rehabilitation bewilligt würden und Verlängerungen beantragt werden müssten, während seitens der Rentenversicherungsträger sofort drei Monate bewilligt würden (SiA01, 54-66; SiA03, 687-723; SiA17, 405-409). Dies könne die Motivation der PatientInnen beeinträchtigen, die in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung der Entwöhnung häufig ambivalent gegenüberstünden, und vermittele zudem ein Gefühl ungleicher Behandlung; manche PatientInnen entschieden sich dann doch gegen eine Therapie (SiA01, 66-68; 367-387; SiA03, 687-723; SiA17, 409-413). Nötig seien daher längere Behandlungsdauern, die auch von Anfang an so angekündigt werden (SiA03, 687-723; SiA17, 405-413). Manche ältere PatientInnen würden an eine Langzeittherapie durchaus eine ambulante Nachbetreuung bei einer Beratungsstelle anschließen (SiA01, 142-146), sofern diese vom Kostenträger bewilligt wird (SiA03, 724-769). Positive Erfahrungen in der stationären Therapie, wie ein guter Kontakt zum Pflegepersonal, können sich förderlich auf die Motivation auswirken, dort im Anschluss auch eine ambulante Therapiegruppe zu besuchen (SiA27, 119-130).

### Behandlungsform

Eine Schwierigkeit bei der Entscheidung über die Therapieform (ambulant versus (teil) stationär) sei nach Erfahrung des Chefarztes einer Suchtklinik, dass die Betroffenen die Therapieentscheidung häufig unter äußerem, beispielsweise familiärem, Druck trafen, weshalb manche eine ambulante Therapie statt einer „richtigen“, d. h. vollstationären Therapie bevorzugen würden. Beratungsstellen würden, wenn sie davon ausgingen, durch eine ambulante Therapie „*möglicherweise nur den Konsum (zu) begleiten*“, den Aufenthalt in einer Klinik empfehlen (SiA03, 724, 769). Bei einem ganztägig-ambulanten Rahmen sei darauf zu achten, die Menschen nicht zu überfordern (SiA03, 724-769). Ein Interviewpartner aus der Suchtberatung hat die Erfahrung gemacht, dass älteren abhängigkeiterkrankten PatientInnen ambulante Behandlungen bewilligt würden (SiA01, 384-386), gleichzeitig seien sie jedoch nur selten in ganztägig-ambulanten Therapien zu finden (SiA03, 770-782; SiA20, 585-595). Diese Therapieform erfordere in der Regel, dass Angehörige vorhanden sind und durch Mitwirkung und ein abstinentes Umfeld „eine gewisse Stabilität“ gewährleisten (SiA03, 770-782). Vor diesem Hintergrund sollte dem Hinweis auf Schwierigkeiten weiter nachgegangen werden, auf die ältere Menschen – so die Wahrnehmung des Mitarbeiters einer Beratungsstelle – bei der Bewilligung stationärer Therapien stoßen, in dem sie seltener und für kürzere Therapiezeiten Bewilligungen erhalten als jüngere Menschen. Die erforderlichen Widersprüche wollten manche nicht einlegen, auch vor dem Hintergrund der insgesamt ambivalenten Haltung

gegenüber einer stationären Entwöhnung (SiA01, 364-384; SiA03, 332-374). Hier scheint weiterer Forschungsbedarf zu der Gemengelage von Bewilligungspraxen von Kostenträgern, den Belegungsinteressen von Leistungsträgern sowie Vorbehalten der älteren PatientInnen gegenüber lang andauernden stationären Behandlungen auf, die vor dem Hintergrund von Bedingungen, unter denen ambulante und stationäre Behandlungen sich als effektiv(er) erweisen können, zu bewerten wäre.

#### Mobilitätsbeeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit

PatientInnen mit Beeinträchtigungen der Mobilität oder Pflegebedürftigkeit stoßen auch beim Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf besondere Hürden. Die mangelnde Barrierefreiheit von Rehabilitationseinrichtungen oder Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit können sie bei der Inanspruchnahme behindern. Nach der Bedeutung von Pflegebedürftigkeit oder Mobilitätseinschränkungen gefragt antwortet der Chefarzt einer Suchtklinik:

*„Ja, das- das sind natürlich so limitierende Faktoren, die- die beispielweise dazu führen, dass die Menschen bei uns ganz selten ankommen. Ja, in der Reha gilt ja eigentlich das Prinzip, dass jemand rehabilitationsfähig ist und sich selbst versorgen kann. Solange jemand so mobil ist, dass er beispielsweise dann aus seinem eigenen Zimmer mithilfe eines Rollstuhls oder mit Ankleidehilfe dann also in unseren, in die Gruppenräume kommt, ja, und an den Therapien teilnehmen kann. Aber es gibt natürlich eine ganze Menge Menschen, die gar nicht mehr so mobil sind, wo also auch die Teilhabe an so einer Reha schwer möglich ist“. (SiA03, 247-258)*

#### Konzeptuelle Ausrichtung

Die konzeptuelle Ausrichtung therapeutischer Angebote kann ebenfalls bestimmte PatientInnengruppen von der Inanspruchnahme abhalten: Der Mitarbeiter einer ambulanten Einrichtung der Drogenhilfe weist auf die Problematik strenger Abstinenzvorschriften in stationären Therapieeinrichtungen hin. Wenn dort nicht geraucht werden dürfe, würden die älteren KonsumentInnen illegaler Drogen solche Angebote nicht nutzen (SiA02, 421-424).

Ein anderes Beispiel ist eine konzeptionelle Engführung therapeutischer Angebote auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die der Lebenssituation älterer, nicht mehr im Erwerbsleben stehender Menschen nicht entspricht (SiA04, 6-16). Diese erfordere stattdessen Angebote der Tagesstrukturierung und Verhinderung von Einsamkeit und Isolation (SiA17, 508-519), wie die leitende Oberärztin einer suchtmmedizinischen Klinik feststellt:

*„Wir sehen jetzt Suchtkranke mit schwersten Abhängigkeiten, die 60, 70 oder auch mal 80 werden. Und man merkt es eben, dass die Suchthilfe da eben noch nicht gut aufgestellt ist mit der Frage, was haben wir denn für Angebote für die. Da geht es eben nicht mehr um Rehabilitation, um sie wieder leistungsfähig zu machen, sondern es geht darum möglichst eine Chronifizierung oder auch eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Es geht auch darum, sie aus der Isolation zu*

*holen, aber dann sind wir eher bei Fragen der Freizeitgestaltung, der Tagesstruktur oder wenn sie sich irgendwo ehrenamtlich engagieren.“ (SiA17, 508-519)*

#### Vermittlung in weitere Hilfen

Aus Angeboten der (qualifizierten) Entgiftung und Entwöhnung heraus können den Betroffenen bei Bedarf weitere Hilfen vermittelt werden. Auch eine tagesklinische Vorbereitung auf den Wechsel nach Hause ist in manchen Fällen möglich; bei sehr fraglicher Stabilität gegebenenfalls auch eine ambulante Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Therapie, beispielsweise mit Einzelgesprächen oder Gruppenangeboten in einer Beratungsstelle (vgl. SiA03, 724-769). Auch eine parallele Inanspruchnahme von Selbsthilfe- und therapeutischem Gruppenangebot kommt vor (SiA01, 634-642).

*„Also insofern gibt’s schon ganz gute Pakete, sage ich mal, für Ange- Abhängigkeitserkrankte. Ja, müssen nur angenommen werden. Und gut vermittelt werden.“ (SiA03, 724-769)*

Die stationäre Behandlung beinhaltet, insbesondere, wenn sie wohnortnah erbracht wird, auch die Möglichkeit, auf Angebote der Selbsthilfe, Tagesstätten oder abstinente Teilhabeangebote hinzuweisen. Zwar bestünden gegen solche Angebote bei älteren PatientInnen zunächst häufig Vorbehalte, manche seien aber bereit, sie zu nutzen (SiA03, 724, 769). Auch eine Vermittlung in Angebote des betreuten Wohnens kann aus der Entwöhnung heraus erfolgen (SiA05, 136-141). Im Falle einer wohnortnahen Rehabilitation können die Betroffenen bereits während der Therapie Einrichtungen für eine mögliche Folgebehandlung kennenlernen, so dass der „Teppich“, auf dem man sich künftig bewege, schon im Vorfeld der Entlassung „dicker geknüpft“ werden könne, wie es der interviewte Leiter der suchtmmedizinischen Rehabilitationsklinik ausdrückt (SiA03, 901-924).

#### **5.1.4.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Entwöhnung**

Die Interviews erbrachten Hinweise darauf, dass Wartezeiten bzw. Lücken statt eines nahtlosen Übergangs aus der Entgiftung in die Entwöhnung das Risiko erhöhen, dass ältere PatientInnen eine Rehabilitationsbehandlung doch nicht antreten bzw. rückfällig werden. Den Gründen für die Lücken wäre weiter nachzugehen. Auch die kürzeren Behandlungszeiten bzw. die Notwendigkeit von Verlängerungsanträgen können die ohnehin ambivalente Haltung vieler älterer PatientInnen gegenüber lang andauernden stationären Aufenthalten verstärken. Für ältere Abhängigkeitserkrankte mit Mobilitätsbeeinträchtigung oder Pflegebedürftigkeit ist der Zugang zu Entwöhnungsbehandlungen besonders erschwert. Es fehlen Angebote im Sinne einer geriatrischen Suchtrehabilitation. Ob diese geeigneter über die Öffnung vorhandener oder durch die Entwicklung spezialisierter Angebote geschaffen werden könnte, wäre genauer zu prüfen, ebenso wie die Frage, unter welchen Bedingungen eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung für ältere Abhängigkeitserkrankte geeigneter ist, und ob sie in der Regel die am besten geeignete Behandlungsform erhalten.

## **5.1.5 Begleitete Gruppen und Selbsthilfe**

### **5.1.5.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

In Berlin existiert eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen für alkohol- und drogenabhängige Menschen, zu denen der Zugang u. a. durch die Selbsthilfekontakt- und -beratungsstellen unterstützt wird. Die themenspezifische Suche ergibt für das Thema „Ältere Menschen“ 27 Selbsthilfeangebote sowie 86 weitere Organisationen und Unterstützungsgruppen, darunter nur eine, mit den Stichworten „Alkohol“ bzw. „Drogen“ im Titel<sup>25</sup> (Café Seidenfaden – alkohol- und drogenfreies Frauencafé) (SEKIS Berlin 2016). Für den Themenbereich „Sucht“ werden insgesamt 195 Angebote im Bereich Selbsthilfe und 24 weitere Organisationen und Unterstützungsgruppen ausgegeben, für das Thema „Alkohol“ 253 Gruppen und 30 Organisationen, für das Thema „Drogen“ finden sich 170 Gruppen und 43 weitere Organisationen und zum Thema „Substitution“ eine Selbsthilfegruppe und 10 Organisationen (SEKIS Berlin 2016). Im Themenbereich „alkoholfreie Begegnungsstätten“ werden insgesamt 22 Angebote ausgegeben. Unter den ausgegebenen Angeboten findet sich keines,<sup>26</sup> das „senior“, „älter“, „alt“, „55“ oder „60“ enthält, hingegen gibt es einige wenige Treffer zum Suchwort „jung“. Die leitende Oberärztin einer Suchtklinik weist darauf hin, dass Selbsthilfeverbände oder Anlaufstellen in konfessioneller Trägerschaft häufig von Älteren aufgesucht würden (SiA17, 657-662).

### **5.1.5.2 Zugangswege**

Der Zugang zu der therapeutisch angeleiteten, abstinentenorientierten Gesprächsgruppe für ältere, alkoholabhängige Menschen der Beratungsstelle für Suchtkranke Treptow-Köpenick erfolgt über kooperierende Ärzte und Suchthilfeeinrichtungen, die von dem Angebot wissen, sowie aus der eigenen Beratung heraus: Auch in Selbsthilfegruppen habe sich das Angebot herumgesprochen (SiA01, 126-134). Die Vermittlung in Selbsthilfegruppen sei wiederum schwierig (SiA01, 735-737), denn zum einen zögen einige der älteren Abhängigen die durch die vertraute Person begleitete, therapeutische Gruppe Selbsthilfeangeboten vor. Lieber als in eine Selbsthilfegruppe zu wechseln, nähmen sie das bekannte Angebot nur monatlich in Anspruch (SiA01, 653-656; vgl. auch SiA27, 98-117). Zum anderen stelle die in der Selbsthilfe notwendige größere Eigeninitiative für manche eine Barriere dar (SiA01, 99-100), jedoch nicht für alle. So hat sich in Treptow-Köpenick eine Selbsthilfegruppe ehemaliger KlientInnen gebildet, die sich selbstorganisiert in den Räumen einer Selbsthilfekontakt- und Beratungsstelle trifft (SiA01, 100-104). Dass hierfür Räume zur Verfügung stehen, ist wichtig, weil, so die Einschätzung eines Beratungsstellenmitarbeiters, diese einen geschützteren Rahmen bieten, indem andere nicht in die eigene Privatsphäre gelassen werden müssten (SiA01, 100-104).

Für die Zugänglichkeit von therapeutischen Gruppen und Selbsthilfeangeboten für ältere Menschen kommt es zudem – wie bei anderen, an ältere Menschen gerichteten Angeboten

---

<sup>25</sup> Es wurden getrennte Suchen nach den Stichworten „Alkohol“ und „Drogen“ durchgeführt, die beide Male zu dem genannten Angebot wiesen.

<sup>26</sup> Ein Angebot richtet sich an über 55-jährige „Glücksspielsüchtige“.



auch – auf die konkrete Ausgestaltung an. Das betrifft Kompetenzen der Person, die die Gruppe leitet (vgl. SiA27, 148-163) sowie Aspekte wie Ort und Zeit (SiA01, 442-453), aber auch die soziale Nähe. So erleichtert nach Einschätzung der interviewten Leiterin einer suchtmedizinischen Abteilung die kirchennahe Anbindung mancher Träger den Zugang. Die notwendigen Kompetenzen beschreibt sie als „*eine gewisse Sensibilität*“ bezüglich dessen, „*was Ältere auch brauchen*“ (SiA17, 680-683).

### **5.1.5.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen**

#### Austausch mit Menschen in ähnlicher Situation

Solidarität, der Kontakt mit anderen Menschen im geschützten Rahmen der Gruppe und der Austausch über Themen, die für die Beteiligten von Bedeutung sind, bilden wichtige Anreize, eine Gruppe zu besuchen – so die Erfahrung des Mitarbeiters einer Beratungsstelle (SiA01, 648-651). Dies deckt sich mit dem, was die abhängigkeiterkrankten Mitglieder über die Gruppenerfahrung berichten, bei der sie insbesondere die Ähnlichkeit der Erfahrungen und die hierdurch mögliche Einordnung der eigenen Situation hervorheben.

Die leitende Oberärztin einer Berliner Suchtklinik erlebt, dass ältere Menschen sich häufig spezifische Suchthilfeangebote für Gleichaltrige wünschen würden: „*Die wollen nicht in die Selbsthilfe für junge Menschen mit Suchtproblemen, sondern suchen eher auch Gleichaltrige oder eben auch eine Gruppe, wo ihre Probleme zum Tragen kommen*“ (SiA17, 480-484).

#### Abstinenz in einer nicht abstinenten Gesellschaft

Die Herausforderungen einer abstinenten Lebensführung in einer Gesellschaft, in welcher der Konsum von Alkohol in bestimmten Milieus und Situationen ‚normal‘ ist, sind ein Thema, mit dem die Betroffenen immer wieder konfrontiert sind und bei dem sie die Gruppe als unterstützend erleben (z. B. SiA28, 134-162) (vgl. Kapitel 4.7.1). Die Therapiegruppe kann einen Beitrag dazu leisten, Abstinenz aufrechtzuerhalten. Die Erfahrungen mit und Berichte über rückfällig gewordene – teilweise nicht mehr an der Gruppe teilnehmende – Mitglieder, scheinen die Bedeutung der Abstinenz sowie die Risiken eines Rückfalles in Erinnerung zu halten.

*„Und denn hier war mir jetzt wichtig zu erfahren, dass es eben nicht sein darf, dass man doch wieder mal denkt, man könnte ja mal wieder ein Schlückchen trinken. Und das ist für mich das Wichtigste gewesen.“ (SiA25, 17-30)*

#### Weitervermittlung / Zugang in weitere Angebote

Über die Selbsthilfe kann der Zugang zu anderen Angeboten der Suchthilfe angebahnt werden, beispielsweise wenn Betroffenen das Selbsthilfeangebot nicht ausreicht und sie dieses dann durch ein therapeutisch angeleitetes Angebot ergänzen (vgl. SiA01, 637-642).

#### Ältere Substituierte und Selbsthilfe

Nach Einschätzung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe stellt das geringe Interesse (insbesondere) jüngerer Substituierter an einem Selbsthilfeengagement einen limitierenden Faktor für die Entwicklung entsprechender Angebote dar. Vorhandene Angebote

für abstinent lebende Drogenabhängige würden Substituierte wiederum ungern in Anspruch nehmen, u. a. weil sie sich wegen der dort häufig klaren Abstinenzenorientierung nicht willkommen geheißen fühlten. Diese stehe in grundsätzlichem Gegensatz zu der Entscheidung vieler Substituierter, sich mit der Abhängigkeit zu arrangieren (SiA02, 759-798).

Mit der von den Beteiligten gewünschten begleitenden Unterstützung des Trägers hat sich jedoch eine Selbsthilfegruppe über 40-jähriger Substituierter gegründet. Diese habe sich keine Altersgrenze nach unten gegeben und wolle dezidiert keine „Rentnergruppe“ sein, unterscheide sich in der Themensetzung jedoch von dem, was jüngere Substituierte interessiert: Behandelt würden eher bilanzierende Themen. Sucht sei eher am Rande Thema; dann gehe es z. B. um das ambivalente Verhältnis zur Substitution, die einerseits als Stütze, andererseits als Last empfunden werde (SiA02, 452-469) (vgl. Kapitel 4.7).

*„Anfang letzten Jahres hat sich ne Gruppe gebildet von unseren Klienten, mehr oder weniger selbst organisiert, die haben aber schon gewünscht, dass jemand von uns dabei ist (...). Und die haben Regeln aufgestellt, wer da mitmachen darf. Und da ist keine Altersgrenze aufgestellt worden, aber es ist so, (...) dass (...) da (...) eine Person unter 40 ist. Also die wollen halt nicht über Hektik reden, nicht über Drogen reden, sondern eher so diese bilanzierenden Themen, viele Züge sind schon abgefahren, was mach ich denn jetzt noch mit alledem, und sich mit Leuten austauschen, die in einer ähnlichen Situation sind. Also das mit dem Alter, haben sie gesagt, ne wir wollen keine Rentnergruppe sein so ungefähr, es hat sich trotzdem so eingepegelt, dass die alle in nem sehr ähnlichen Alter sind, und wie gesagt ist Sucht überhaupt kein Thema. Also klar, es ist schon ein verbindendes Element, und es taucht vielleicht auch mal auf, aber vielleicht eher mit diesem Ding, eigentlich möchte ich gar nicht mehr in der Substitution sein, hab auch schon ein paar Mal versucht, raus zu kommen, ist es noch mehr Stütze oder ist es mehr Last, also so dieses, will ich wirklich mit dem Stoff ins Grab gehen. Also solche Themen sind das.“ (SiA02, 452-469)*

Ein weiterer Grund dafür, dass der Träger, für den der Interviewpartner tätig ist, keine Gruppen anbietet, die sich explizit an ältere Substituierte richten, liege in Vorbehalten begründet, die „in dem Sozialarbeiterfeld Suchthilfe“ gegen eine Arbeit ausschließlich mit älteren Substituierten bestünden. Die von ihm wahrgenommenen Vorbehalte wiederum hätten – so die Einschätzung des Interviewpartners – mit der spezifischen Lebenssituation, den Lebensthemen wie auch dem Gesundheitszustand, der älteren Abhängigen zu tun (SiA02, 452-501).

*„Wenn sie jetzt nur ne 50+ Gruppe einrichten, also ich kenn Träger, die das gemacht haben, die haben das nach nem Jahr wieder zurückgesteckt, nicht nur weil die Patienten oder Klienten das komisch fanden, sondern weil die Mitarbeiter das gruselig fanden. Wenn nur so schwere Themen da sind. Sucht ist ja sowieso schwer und schwierig, nichtsdestotrotz sind ja so die Krisen der Jüngeren und das Chaos, dass die mitbringen ja auch ein belebendes Element. Wenn ich nur noch Leute habe, wo nichts mehr passiert, die chronisch krank sind usw., das ist in dem*

*Sozialarbeiterfeld Suchthilfe ein relativ schwieriges Thema, (weil die) sagen, ‚Wenn ich Altenhelfer hätte werden wollen, dann wäre ich Altenhelfer geworden. Ich trete (hier eigentlich für was anderes an) und ich möchte nicht nur mit diesem Publikum arbeiten.‘ (...) (A)Iso wenn sich so ne Gruppe wie diese, ich sag jetzt mal angeleitete Selbsthilfegruppe, die ich vorher beschrieben hab, wenn die sich mehr oder weniger selbst gründet und formiert und sich ne entsprechende Altersmischung ergibt, OK, wir werden das nicht ausbremsen. Aber wir rufen keine 50+ Gruppe aus. Machen wir nicht. Für beide Gruppen ist es unsererseits oder unserer Meinung nach nicht besonders günstig und wie gesagt, gerade die Kochgruppe (...) da saßen 12 Leute, und ich würd mal gefühlt sagen, dass drei unter 40 waren (...) die puzzeln sich selbst zusammen, ohne dass man da jetzt so stark steuern muss.“ (SiA02, 452-501).*

Die angeführten Interviewpassagen weisen darauf hin, dass die unterschiedlichen Ziele älterer Abhängiger spezifische Konzepte der Begleitung erfordern, in der beispielsweise Themen wie die Bilanzierung des eigenen Lebens und noch mögliche Zielsetzungen Raum haben und entsprechende Methoden der Bearbeitung entwickelt werden (beispielsweise die Prüfung der Übertragbarkeit von Konzepten des Lebensrückblicks auf die Zielgruppe). Die zudem geäußerte Vermutung über Vorbehalte in der Sozialen Arbeit, mit älteren Abhängigkeitserkrankten zu arbeiten, ist ohne weiter gehende Befragungen zwar schwer im Hinblick auf ihre Verallgemeinerbarkeit einzuschätzen. Jedoch deutet sich hier auch ein Bedarf der Qualifizierung von Mitarbeitenden an, insbesondere solcher, die Interesse an der Arbeit mit der Zielgruppe haben.

#### **5.1.5.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Selbsthilfe**

Selbsthilfegruppen können für ältere alkoholabhängige Menschen zur Stabilisierung ihrer Situation beitragen und bieten Raum, sich über Themen wie die Herausforderung, in einer nicht abstinenten Gesellschaft abstinent zu leben, auszutauschen. Eine Lücke scheint im Hinblick auf die Situation älterer nicht abstinenten bzw. rückfällig werdender Abhängiger zu bestehen. Eine Begleitung kann die Etablierung und den Fortbestand von Gruppen unterstützen, nicht nur, aber insbesondere auch dort, wo wenig Energie für die eigenständige Aufrechterhaltung von Selbsthilfeangeboten vorhanden ist, aber ein entsprechendes Interesse besteht, wie bei älteren Substituierten.

### **5.1.6 Sozialpsychiatrische Dienste**

#### **5.1.6.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in den zwölf Berliner Bezirken bieten Beratung, Hilfeförderung und Krisenintervention für erwachsene Menschen mit psychischer Erkrankung (Landesbeauftragter für Psychiatrie 2016). Im Hinblick auf die Situation älterer abhängigkeiterkrankter Menschen erbringen die interviewten MitarbeiterInnen Sozialpsychiatrischer Dienste Leistungen der Begutachtung und Diagnostik zur Feststellung einer Behinderung als Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen der Eingliederungshilfe wie psychosoziale Be-

treuung, betreutes Wohnen oder betreutes Einzelwohnen (SiA18, 33-49). Außerdem führen sie Hilfekonferenzen zur Weiterbewilligung von Eingliederungshilfemaßnahmen durch (SiA09, 317-324). Weitere Tätigkeiten sind die Beratung und Vermittlung in Angebote der Suchthilfe (SiA18, 55-57) oder zu ambulanten Pflegediensten (SiA08, 44-54). Reine Beratungsanliegen verweist die interviewte Mitarbeiterin eines SpD im Anschluss an die Erstberatung in der Regel an die Suchtberatung (SiA18, 199-206). Einen Behandlungsauftrag hat der SpD einer interviewten Mitarbeiterin zufolge nicht (SiA19, 67-68).

#### **5.1.6.2 Zugangswege**

Die Sozialpsychiatrischen Dienste werden von Betroffenen in schwierigen Lebenslagen teilweise auf deren eigene Initiative aufgesucht, aber auch durch Träger, NachbarInnen oder Angehörige kontaktiert.

Ältere Menschen mit Alkoholabhängigkeit, die bei dem im Rahmen der Studie befragten SpD auf der Suche nach Unterstützung vorstellig werden und Leistungen der Eingliederungshilfe benötigen, werden im Rahmen des Fallmanagements „gesteuert“; welcher Träger die Hilfen erbringt wird im folgenden Verfahren entschieden. Ältere Opioidabhängige, die sich beim SpD melden, stünden hingegen zumeist schon im Kontakt mit Trägern (SiA18, 157-168; 181-196). Da es sich häufig nicht um ihre erste Substitution, psychosoziale Betreuung oder Entwöhnung handele, würden sie „*sich auch in aller Regel gut aus(kennen)*“ (SiA19, 271-276). Die älteren Abhängigen wenden sich meist direkt an die ihnen bekannten Träger, die, sofern sie einen freien Platz haben, die Antragsstellung übernehmen (SiA18, 181-189). Teilweise berieten die Menschen mit Opioidabhängigkeit, die sich in der Szene bewegen, einander gegenseitig (SiA18, 194-196). Der Interviewpartner aus der Drogenhilfe sowie der interviewte Substituierte weisen jedoch darauf hin, dass gerade ältere Substituierte die Szene teilweise eher mieden (vgl. Kapitel 4.1.3). Dies könnte deren Zugang zu hilfreichen Informationen einschränken.

In Friedrichshain-Kreuzberg hält der Sozialpsychiatrische Dienst nach Auskunft eines Interviewpartners monatlich eine Sprechstunde in einer Wohnungslosenunterkunft ab, was den Zugang zu weiterführenden Hilfen für die Betroffenen erleichtere und von diesen gerne in Anspruch genommen werde (SiA22, 341-370; 533-536).

#### **5.1.6.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen**

Nach Einschätzung der interviewten Mitarbeiterin eines SpD würden ältere Menschen mit einer *late-onset*-Alkoholabhängigkeit kaum in den Sozialpsychiatrischen Diensten vorstellig; diese würden – wenngleich ebenfalls nur in geringer Zahl – eher Alkoholberatungsstellen aufsuchen (SiA18, 311-328). Genauer zu prüfen wäre, inwieweit die SpD, möglicherweise auch aufgrund ihrer Aktivitäten im Rahmen von Krisenintervention, aus Sicht der Betroffenen stärker mit dem Stigma der ‚Psychiatrienähe‘ verbunden sind, was den Zugang für Menschen erschweren könnte, die bisher nicht im Kontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem standen.

## **5.1.7 Substitution und Psychosoziale Betreuung**

### **5.1.7.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

#### Substitution

Zur Substitution opiatabhängiger Menschen sind ÄrztInnen berechtigt, die eine entsprechende suchtttherapeutische Befähigung nachweisen können (BÄK 2010, 15). Im Jahr 2013 waren in Berlin 162 ÄrztInnen zur Abrechnung von Leistungen der Substitution berechtigt, „von denen (...) 130 substituierend tätig waren; 2014 waren es nur noch 124“ (SenGesSoz 2014, 31).

Laut den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sollte sich die „Anzahl der substituierten Patienten (...) nach den Gegebenheiten und Möglichkeiten der Praxis richten, um eine qualifizierte Behandlung zu gewährleisten“ (BÄK 2010, 14). Die „Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen“ ist Teil des Therapiekonzeptes; ein nicht bestehender Bedarf an psychosozialer Betreuung ist zu dokumentieren (BÄK 2015, 4). Praxen, „die mehr als 50 Opiatabhängige substituieren, sollen im Rahmen einer geregelten Kooperation die psychosozialen Betreuungsmaßnahmen integrieren“ (BÄK 2010, 14).

#### Psychosoziale Betreuung

Die Organisation und Finanzierung der Psychosozialen Betreuung als Maßnahme der Eingliederungshilfe in Berlin nach §53 bzw. 54 SGB XII stellt eine Besonderheit gegenüber anderen deutschen Städten dar (vgl. Drees et al. 2015). In Berlin haben fünf Träger entsprechende Leistungsvereinbarungen abgeschlossen (ebd.).

Das sogenannte „Berliner Modell“ der Psychosozialen Betreuung ermöglicht einen besseren Betreuungsschlüssel als in anderen Städten und durch die Regelungen zum Hilfeplanverfahren eine besondere Qualität der Leistung, die – so die Einschätzung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe – auch für ältere Abhängige hilfreich sei, da auf deren individuelle Bedarfe eingegangen werden könne (SiA02, 627-667).

Die Psychosoziale Betreuung „wird im Sinne des Case Managements erbracht“ und zielt darauf, „drogensubstituierte Menschen (...) in der Persönlichkeitsentwicklung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu unterstützen, ein neues Lebensumfeld und eine drogenfreie Lebensperspektive zu ermöglichen“ (Drees et al. 2015). Die fünf Leistungsbereiche umfassen die „Selbstversorgung, Wohnen, Wirtschaften / Tagesgestaltung / Persönliche und soziale Beziehungen / Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung und schließlich Sucht, Beikonsum“ (Drees et al. 2015). Dauer und Umfang der PSB hängen von dem festgestellten Hilfebedarf ab, und sind insofern in ihrer Dauer nicht per se befristet (SenGesSoz 2009).<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Eine SpD-Mitarbeiterin hat erlebt, dass es im Falle langjähriger PSB (z. B. bei sechsjähriger Dauer) manchmal kritische Nachfragen seitens des Sozialamtes oder der zuständigen Fallmanager gebe, ob dies noch nötig sei; was aber aus Sicht der Mitarbeiterin durchaus der Fall sein könne und nach Begründung in der Regel auch akzeptiert würde (SiA19, 360-387). Auch diese Mitarbeiterin beschreibt Einzelfälle (1-2 Fälle in 9 Jahren), in denen

### 5.1.7.2 Zugangswege

#### Substitution

Nach Einschätzung eines langjährig in der ambulanten und stationären Suchthilfe für Opioid-abhängige tätigen Interviewpartners seien Zugangsbarrieren „bezogen auf die Substitution relativ gering“ (SiA22, 106). Häufig suchten die PatientInnen ohne die Zwischenstation einer Drogenberatung direkt einen Substitutionsarzt auf, der diese dann auffordere, Kontakt zu einer Betreuungsstelle aufzunehmen, die PSB anbietet (SiA02, 130-134). Dort erfolge dann ein Clearing, in dem der Bedarf an ergänzenden Hilfen geklärt werden könne (SiA02, 133-135).

Die Einschätzung des Interviewpartners, dass „Arztpraxen heutzutage (...) so gut wie alle barrierefrei“ (SiA02, 136) seien, verwundert allerdings;<sup>28</sup> wobei der Interviewpartner selbst einräumt, dass dies die heutige Anforderung sei und vielleicht nicht für die Praxen gelte, die schon seit 20 Jahren bestünden (SiA02, 137-138). Dennoch ist er der Auffassung, für Personen mit Mobilitätsbeeinträchtigung sei es nicht schwierig, einen Substitutions-Arzt zu bekommen (SiA02, 106-140).

#### Psychosoziale Betreuung

Der Zugang älterer Opioidabhängiger zu Hilfen erfolgt in der Regel über bereits bestehende Träger- oder über Szenekontakte (SiA18, 181-196), weil es

*„nicht viele Träger (gibt), die mit so schwer chronisch Kranken eben arbeiten überhaupt und hier speziell in (Bezirk). Deswegen sind die schon an Träger angebunden. Das ist normalerweise jetzt im psychiatrischen Bereich nicht so“ (SiA18, 138-142).*

Ein Anlass, nach vielen Jahren ohne begleitende Betreuung wieder Substitution und PSB in Anspruch zu nehmen, können Krisen sein. Der substituierte Interviewpartner berichtet:

*„B: Die Hauptstelle von (Träger betreuten Gemeinschaftswohnens) ist in der (Straße). Ich hab mich da angemeldet, kam auf ne Warteliste natürlich, hatte das Glück, das mich der (...) umgefahren hat, dass der Abszess- Also alles Schlimme hat auch manchmal sein Gutes.“ (SiA23, 176-185)*

---

ihres Erachtens eine PSB nicht mehr weiter bewilligt werden kann, wenn sie zu keinerlei Verbesserung mehr führt (SiA19, 360-387).

<sup>28</sup> Eine Recherche auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (Stand: 23.11.2016) ergibt für die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ 36 Treffer. Laut Selbstauskunft dieser ÄrztInnen gegenüber der KVB sind die Praxen, in denen sie tätig sind, in 11 Fällen bedingt barrierefrei; für das Suchtkriterium Barrierefreiheit gibt es 7 Treffer. Die Suche nach niedergelassenen ÄrztInnen mit der Zusatzbezeichnung Suchttherapie / Suchtmedizin ergab keinerlei Treffer, obgleich es solche ÄrztInnen in Berlin gibt. Die Übersicht über suchtmedizinische Schwerpunktpraxen in Berlin (<http://www.ambulante-suchtmedizin.de/wordpress/>) führt insgesamt 13 ÄrztInnen auf, die in 8 Praxen tätig sind. Auf der Seite fanden sich keine Angaben zur Barrierefreiheit der Praxen (Stand: 23.11.2016).

Der Zugang in den Privathaushalt der Betroffenen sei aufgrund von deren Scham über ihre Lebenssituation häufig schwierig (SiA02, 96-100). Im Kontakt sei es daher wichtig, nicht bloß-zustellen, sondern sich um Unterstützung in Bereichen zu bemühen, in denen Schwierigkeiten bestehen. Zur Vermittlung dieser Unterstützung, z. B. durch Sozialstationen, ist wiederum die Vernetzung mit spezialisierten Trägern oder Diensten hilfreich (SiA02, 101-106).

### **5.1.7.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen**

#### Substitution

Zum Jahresende 2013 wurden in Berlin insgesamt 4.629 Personen substituiert; 153 von ihnen waren über 60 Jahre alt, darunter sechs über 70-Jährige (SenGesSoz 2014, 30 unter Bezugnahme auf Daten der KVB).

Eine besondere Problematik entsteht, wenn – insbesondere vielbehandelnde – SubstitutionsärztInnen in den Ruhestand gehen (vgl. SenGesSoz 2014, 31), wie es zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorliegende Studie für eine an der Kapazitätsgrenze arbeitende Praxis in Marzahn-Hellersdorf absehbar ist. Dort werden bis zu 75 PatientInnen substituiert, für die sich trotz Bemühungen seitens des Bezirkes kaum Ersatz finden lässt (SiA20, 474-415). Ein Problem entsteht auch, wenn sich eine Praxis aus der Substitution zurückzieht, so dass einerseits die Platzzahl reduziert wird, und andererseits für die dort betreuten KlientInnen neue Plätze gefunden werden müssen (SiA02, 125-128). Solche Wechsel können für die Betroffenen längere Fahrtwege bedeuten und dadurch ältere, gesundheitlich stärker beeinträchtigte Substituierte besonders hart treffen.

Auch die beiden InterviewpartnerInnen aus der integrierten Drogenhilfe und der Wohnungslosenhilfe weisen auf die Knappheit verfügbarer Substitutionsplätze hin, was sie neben der Schwierigkeit der Nachfolge für altersbedingt ausscheidende ÄrztInnen auch darauf zurückführen, dass manche zur Substitution befugte ÄrztInnen ihre Kontingente nicht ausschöpfen (SiA22, 106-125) oder sich trotz vorhandener Befähigung nicht an der Versorgung beteiligen würden (SiA20, 374-405). Dies sei, so die Einschätzung des interviewten Mitarbeiters einer Einrichtung der integrierten Drogenhilfe, auch auf Vorbehalte mancher ÄrztInnen gegenüber Substituierten zurückzuführen. Manche würden auch auf ihre MitarbeiterInnen und andere PatientInnen verweisen, die Substituierten gegenüber Vorbehalte hätten (SiA20, 397-400). Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung wird auf rechtliche Bedenken mancher MedizinerInnen verwiesen (Klotz 2016, 12).

#### Psychosoziale Betreuung

Im Jahr 2012 erhielten insgesamt 2.397 Personen parallel zur Substitution Leistungen der Psychosozialen Betreuung (2.042) bzw. im betreuten Wohnen für Substituierte (355); knapp ein Drittel der ambulant Betreuten waren Frauen; im Betreuten Wohnen „betrug der Frauenanteil nur 18%“ (SenGesSoz 2014, 31).

Leistungen der PSB für ältere Menschen unterscheiden sich nicht wesentlich von den Leistungen, die für jüngere Menschen erbracht werden. Unterstützt wird beispielsweise im Um-

gang mit Ämtern, bei der Sicherung von Versorgungsansprüchen oder der Befreiung von Zuzahlungen (SiA02, 403-411). Bei älteren Abhängigen gewinnt nach Einschätzung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe die Unterstützung bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung an Bedeutung. Hierzu zählen die Vermittlung und Begleitung zu FachärztInnen sowie gegebenenfalls ambulanter pflegerischer Unterstützung, wenn nötig auch in Kooperation mit SozialarbeiterInnen in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (SiA22, 963-975). Betroffene scheuten häufig den Besuch bei FachärztInnen, u. a. aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen. In solchen Situation kann die PSB als „Übersetzer und Vermittler“ auftreten oder die PatientInnen „einfach dahin (begleiten)“; mit manchen ÄrztInnen entstehen auf dieser Basis Kontakte, auf die in anderen Fällen wieder zurückgegriffen werden kann (SiA02, 172-177). Voraussetzung sei, dass die Klienten in einem bestimmten Maß mitwirken (SiA02, 389-396). Im Rahmen der PSB kann dies bei Bedarf eng begleitet werden und z. B. telefonisch an Termine erinnert und zu ihrer Wahrnehmung motiviert werden (SiA02, 397-403). Auch bei dem für ältere Opioidabhängige wichtiger werdenden Zugang zu Hilfsmitteln wie Seh- oder Mobilitätshilfen kann die PSB unterstützend wirken (SiA02, 85-96; 383-388).

Teilweise verfestigen sich bei älteren Menschen Verschuldungssituationen; sofern diese jedoch nicht freiheitsbedrohend seien, werde in diesem Bereich bei älteren Substituierten weniger Zeit investiert als bei jüngeren (SiA02, 179-185).

Auch eine psychosoziale Betreuung im Hospiz sei von einem Träger der Drogenhilfe in Absprache mit dem Sozialamt in einem Zeitraum von zehn Jahren in zwei oder drei Fällen erbacht worden. Die Betroffenen waren direkt aus der eigenen Wohnung ins Hospiz gewechselt (SiA02, 341-347). Der Kostenträger stimmte in diesem Fall auch ohne Aussicht auf Besserung zu, weil es sich um einen absehbar begrenzten Zeitraum der Leistungserbringung handelte (SiA02, 357-363).

#### Substitution bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit

Nach den Erfahrungen des interviewten Vertreters der integrierten Drogenhilfe holen Substituierte, auch wenn sie bereits älter sind, das Substitut häufig selbst ab (SiA02, 316-317). Die Substitution selbst kann von den Betroffenen durchaus als belastend erlebt werden: Sie legt ein bestimmtes zeitliches Regime auf und schränkt die Autonomie der Betroffenen, was ihre Tagesgestaltung angeht, ein. Zudem kann das tägliche Unterwegssein eine große körperliche Anstrengung bedeuten (SiA23, 108-117).

Wer ambulante Pflege durch eine Sozialstation bekomme, erhalte das Substitut durch das Pflegepersonal (SiA02, 317-318; SiA08, 290-295). Die in den Richtlinien vorgesehene wöchentliche Vorstellung bei der behandelnden ÄrztIn werde entweder über Hausbesuche sichergestellt, oder die PatientIn suche die Praxis eigenständig oder per Krankentransport auf (SiA02, 319-323; SiA18, 661-677).



Von großer Bedeutung sei eine entsprechende Spezialisierung bzw. Qualifizierung der Pflegedienste für die Zielgruppe, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen (SiA02, 274-315).

*„(D)as macht natürlich schon Sinn, nicht so einen 0-8-15-Pflegedienst in die Haushalte von unseren Leuten zu schicken, einfach weil sich unsere Leute doch auch gerne mal ein bisschen anders benehmen, ne andere Lebensgeschichte mitbringen, und nen anderen Blick auf Substanzen haben als vielleicht der normale Rentner. Und dann ist es auch gut, wenn man da gut aufgestellt ist, nen klaren Blick drauf hat, nicht alles mit sich machen lässt, und auch weiß, dass das Gegenüber mit Tabletten vielleicht ganz anders umgeht, als vorgeschrieben. Von sie einfach zu verkaufen, um mehr Geld zu haben, oder sie alle am ersten Tag zu nehmen, oder sonst was, also, beide Extreme sind, haben wir schon erlebt, und Tabletten vergeben und unter Sicht einzunehmen, das ist etwas, was in unserem Feld relativ normal ist“. (SiA02, 274-315)*

Nach Erfahrung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe sei die Substitutvergabe in den wenigen ihm bekannten spezialisierten Pflegeeinrichtungen kein Problem (SiA02, 325-332).

#### **5.1.7.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Substitution und PSB**

Älter gewordene Personen mit einer früheren oder aktuellen Opioidabhängigkeit, die im Laufe ihrer Biografie Leistungen der Substitution und Psychosozialen Betreuung in Anspruch genommen haben, finden dank ihrer Kenntnisse des Unterstützungssystems im Bedarfsfall Zugang zu Hilfen und Unterstützung. An Bedeutung gewinnen die Begleitung der fachärztlichen Versorgung sowie die Vermittlung gegebenenfalls benötigter pflegerischer Hilfen. Damit letztere bedarfsgerecht für die Zielgruppe erbracht werden können, sind die Existenz von und der gelingende Zugang zu spezialisierten Pflegediensten wichtig. Als problematisch können sich gegebenenfalls begrenzte Kapazitäten der Träger erweisen. Inwieweit dies in der Praxis zum Tragen kommt, bedürfte vertiefter Untersuchungen. In der Substitutionsbehandlung zeichnen sich Versorgungslücken aufgrund eines Mangels an NachfolgerInnen für die altersbedingt ausscheidenden SubstitutionsärztInnen ab.

### **5.1.8 Wohnen**

#### **5.1.8.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

Langjährig suchtmittelabhängige ältere Menschen haben ein hohes Risiko, in eine prekäre Wohnsituation zu geraten (vgl. Kapitel 4.2). Betreute Wohnformen für die Zielgruppe abhängigkeiterkrankter Menschen sind überwiegend als Einrichtungen der Eingliederungshilfe, teilweise auch der Pflege, organisiert, beispielsweise als betreutes Einzelwohnen, als betreutes Wohnen in Wohngruppen oder Wohnheimen, im Übergangswohnen oder im Pflegeheim. Schwer betroffene Abhängigkeitserkrankte sind teilweise auch in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe anzutreffen (SiA21, 238-240).

Leistungen des Betreuten Einzelwohnens (BEW) werden als personenbezogene Hilfen durch die Sozialämter entsprechend der Hilfebedarfsgruppe leistungsbezogen vergütet. Gelegentlich zahlen die Betroffenen selbst etwas zu. Die Leistungen werden überwiegend aufsuchend erbracht (SiA05, 17-25) und können Hilfen im gewohnten Umfeld und bei alltagspraktischen Angelegenheiten umfassen, beispielsweise den Umgang mit Behörden. Auch die Vermittlung weiterer Hilfen ist, sofern im Einzelfall nötig, ein wichtiger Bestandteil der Arbeit. Der Wechsel in eine Pflegeeinrichtung kann ebenfalls begleitet werden, mit dem Umzug endet dann jedoch die Leistung und der „Fall“ wird nebst allen Unterlagen übergeben (SiA05, 627-655). Angebote des BEW setzen nicht unbedingt Abstinenz voraus; sie können jedoch, wenn der Wunsch besteht, abstinent zu werden, in Therapien vermitteln (SiA05, 64-66).

### **5.1.8.2 Zugangswege**

Zugangswege in Angebote des BEW sind vielfältig. Bei der Vermittlung können die Suchtberatungsstellen sowie Sozialpsychiatrischen Dienste unterstützen. Die Zugangswege zu den beiden in die Studie einbezogenen Wohnangeboten für langjährig und schwer Abhängigkeitserkrankte, zu einem Betreuten Einzelwohnen und in eine stationäre Wohneinrichtung, unterscheiden sich voneinander.

Der Zugang zu dem BEW für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige (CMA) erfolgt laut der interviewten Leiterin vornehmlich über das Krankenhaus, aber auch über Entgiftungsstationen, Entwöhnungskliniken, Suchtberatungsstellen, durch den SpD oder (teilweise auf Empfehlung anderer KlientInnen) als Selbstmelder, jedoch nur selten über gerichtlich bestellte Betreuer (SiA05, 98-177). Den Vermittlungen aus dem Krankenhaus gingen Akuteinweisungen nach einem Zusammenbruch, stationäre Krankenhausaufenthalte wegen somatischer Beschwerden, in deren Zuge die Abhängigkeit auffällt, oder auch Aufenthalte auf Entgiftungsstationen voran (SiA05, 136-141). Die Interviewpartnerin erachtet als zentral für eine gelingende Vermittlung, dass es auf der Gegenseite einen entsprechenden Auftrag, das Bewusstsein und entsprechende zeitliche und personelle Kapazitäten gibt (SiA05, 157-169). Eine gezielte Vernetzung der Akteure könnte hier möglicherweise Drehtüreffekte vermeiden.

Die Vermittlung in die beiden Alkoholkonsum tolerierenden stationären Wohnangebote für schwer und langjährig Abhängigkeitserkrankte eines Trägers erfolgt hingegen laut der interviewten Leiterin vorwiegend über gesetzliche BetreuerInnen oder über den SpD (SiA09, Telefonnotiz, 71-73). Vermittelt würden Personen, die aus Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder aus eigenen Wohnungen kämen, beispielsweise wenn Beschwerden aus dem Wohnumfeld, Mietrückstände oder Räumungsklagen wegen „*Verwahrlosung*“ vorlägen (SiA09, 43-51).

Die Interviewpartnerin nimmt zudem seit vielen Jahren an dem bezirklichen Belegungsgremium für Sucht und Psychiatrie teil (SiA09, 201-205). Dort gebe es gelegentlich Anfragen von Trägern, die einen abstinenten Rahmen bieten, und Klienten haben, die aufgrund wiederholten Konsums „*auf Dauer nicht mehr in diesem abstinenten Rahmen dort zu halten*“ seien. Solche Anfragen prüft die Interviewpartnerin genau, weil das eigene Angebot auf eine

Klientel zugeschnitten sei, „*wo wirklich Alltagskompetenzen relativ brach liegen*“ (SiA09, 226-246).

Häufig, so die Erfahrung dieser Einrichtungsleiterin, erfolge der Zugang über den Umweg der Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung, die sich als Fehlplatzierung entpuppe. Dies geschieht beispielsweise, wenn nach einem stationären Klinikaufenthalt aufgrund eines Schlaganfalls gesetzliche Betreuer kurzfristig eine stationäre Unterbringungsmöglichkeit suchten (SiA09, 71-88). Die Pflegeeinrichtung stelle sich dann bald als nicht passend heraus, sei es wegen des Alters der anderen BewohnerInnen der Einrichtung (SiA09, 71-88) oder der (zu) geringen Pflegebedürftigkeit, selbst wenn Pflegestufe I vorhanden sei (SiA09, 226-246).

Der Zugang in die (in die Studie einbezogene) Einrichtung der Wohnungslosenhilfe erfolgt überwiegend über die Wohnhilfestellen der Sozialämter, als Selbstmelder, über Krankenhäuser, andere Wohneinrichtungen und Heime sowie Berufsbetreuer. Die Betroffenen kommen aus der gesamten Stadt (SiA22, 1226-1233). Auch Berufsbetreuer meldeten sich häufig, wenn sie KlientInnen haben, bei denen „*in anderen Einrichtungen oder in der eigenen Wohnung irgendwas schiefgeht*“ (SiA22, 216-223).

### **5.1.8.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen**

#### Weitervermittlung

Die interviewte Leiterin des betreuten Einzelwohnens für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeiterkrankte Menschen berichtet, bereits mehrmals in zwei der im Bezirk vorhandenen Seniorenwohnhäuser vermittelt zu haben. Die relativ einfache Ausstattung und die dadurch vergleichsweise geringe Wartezeit dort erleichterten den Zugang für die Zielgruppe. Als besonders vorteilhaft für die von ihr vermittelten KlientInnen erlebt die Einrichtungsleiterin, dass das Seniorenwohnhaus über einen rund um die Uhr erreichbaren Concierge-Dienst verfügt, der angeklingelt werden kann. Auch gibt es einen offenen Gemeinschaftsbe- reich und grundlegende Dienstleistungen wie Fußpflege und ein Waschcenter im Haus (SiA05, 546-559).

#### Pflegebedürftigkeit

Dem Einrichtungskonzept des stationären Wohnangebotes für nicht abstinenten alkoholabhängige Menschen zufolge sei eine Pflegestufe kein Ausschlussgrund, und alkoholabhängige Menschen können in der Einrichtung auch eine Pflegestufe erhalten (SiA09, 341-358). Zwar betreue die Einrichtung Menschen auch bis zum Lebensende; es seien auch schon Klienten mit Pflegestufe 2 oder (mit Hilfe einer ambulanten Pflegestation) mit der Notwendigkeit medizinischer Behandlungspflege in der Einrichtung betreut worden (SiA09, 658-681). Wenn Bettlägerigkeit eintrete, „*die Pflege einen zu großen Rahmen einnimmt*“ oder „*die Krankheit so massiv zunimmt, dass das Team das nicht mehr medizinisch oder fachlich schaffen sollte, weil ja auch noch 16 andere betreut werden müssen*“, müsse jedoch nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung gesucht werden (SiA09, 358-363). Dies führe zu Konflikten zwischen Pflegekasse und Eingliederungshilfe. Ihrer Erfahrung nach gewährten die Fallmanager des Sozialamtes in Fällen, in denen Hilfe zur Pflege benötigt würde und eine Gesundung nicht mehr

zu erwarten sei, keine Leistungen der Eingliederungshilfe mehr, sondern nur noch Pflegeleistungen (SiA09, 658-681).

Demgegenüber wird in einem Interview mit dem SpD eines anderen Bezirkes über eine dortige abstinenzorientierte Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Korsakow-Syndrom berichtet, in der bei eintretendem Pflegebedarf durchaus auch ambulante Pflegeleistungen hinzugezogen werden könnten, die teilweise über Hilfe zur Pflege finanziert würden. Eine wichtige praktische Voraussetzung für den so ermöglichten Verbleib der BewohnerInnen mit Pflegebedarf sei, dass die betreffende Einrichtung behindertengerecht sei (SiA18, 245-263; 396-402). Bei schwerer Pflegebedürftigkeit sei ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung allerdings wohl dennoch notwendig (SiA18, 407-425).

Vermittlungsanfragen der in die vorliegende Studie einbezogenen Einrichtung der Wohnungslosenhilfe seien – so der interviewte Mitarbeiter – in manchen Fällen dadurch motiviert, dass bekannt sei, dass der Träger mit einem Pflegedienst kooperiere und selbst „spezialisiert“ sei auf psychisch und / oder körperlich „*kranke wohnungslose Menschen*“ (SiA22, 175-196). Aus diesem Grund würden auch Betroffene aus anderen Einrichtungen vermittelt, die „*so krank*“ seien, „*dass sie da nicht mehr versorgt werden können*“ (SiA22, 175-196). Auch er weist darauf hin, dass ein wichtiger zugangserleichternder Faktor dabei sicherlich sei, dass die Einrichtung barrierearm mit einem Fahrstuhl und behindertengerechten Zimmern ausgestattet sei (SiA22, 213-216).

#### Menschen mit Doppeldiagnosen

Die Leiterin in einer nicht-abstinenzorientierten stationären Wohneinrichtung für Menschen mit chronischen alkoholbezogenen Störungen erhält zunehmend Anfragen zur Unterbringung von Menschen mit sogenannten „Doppeldiagnosen“ (vgl. Kapitel 4.8.3). Es bleibt dabei unklar, ob die Zahl derjenigen Menschen wächst, die Doppeldiagnosen erhalten, oder ob sich hierin ein verbesserter Zugang oder aber Verschiebungen im Versorgungssystem abbilden. Die Betreuung dieser Menschen sei schwierig. Die InterviewpartnerIn empfiehlt kleine Gruppen von 6 bis 8 Personen:

*„wenn ich so ein Konzept machen würde oder so eine Wohngruppe oder wie auch immer eröffnen würde, würde ich das in der Regel mit kleinen Runden, mit 6-8 Bewohnern, weil wir haben ja hier fast 17 im Moment, (...) da haben wir Doppeldiagnosen, aber es gibt immer wieder Schwierigkeiten, die in diesen normalen Suchtkontext mit zu betreuen.“ (SiA09, 194-226)*

Der interviewte Mitarbeiter einer Einrichtung der Obdachlosenhilfe berichtet ebenfalls, dass durch die zunehmende Kooperation mit Institutsambulanzen und ähnlichen Institutionen der Anteil von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (Schizophrenien, bipolare Störungen) und damit die Zahl der Menschen mit Depotmedikation in der Einrichtung wachse (SiA22, 690-703). Im Gegensatz zu „früher“ seien darunter auch „*sehr viele Drogenabhängige*“ (SiA22, 295-302).

Beide Schilderungen verweisen darauf, dass es insgesamt an geeigneten Wohn- und Betreuungsangeboten für die Zielgruppe Abhängigkeitserkrankter mit weiteren psychiatrischen Diagnosen – darunter auch älter werdende Betroffene – mangelt.

#### Wohnungs- und Obdachlosigkeit

Menschen mit Sucht- oder anderen psychiatrischen Erkrankungen, die sich in höher-schwelligen Wohnangeboten (mit mehr Regeln) nicht etablieren können, seien auf Angebote der Obdachlosenhilfe angewiesen. Manche Betroffene wohnten dauerhaft in entsprechenden Einrichtungen (SiA02, 717-722). Doch auch dort sind Plätze knapp (SiA09, 764-775, SiA22). Aus dem Obdachlosenwohnen werden abhängige Menschen, begleitet von den MitarbeiterInnen der jeweiligen Träger, gelegentlich in Angebote des betreuten Wohnens vermittelt (SiA22, 371-382).

*„Also, es gibt ja ohnehin viel zu wenig Einrichtungen für wohnungslose Menschen, das merkt man ja im Moment, wir- ich hab manchmal, es gibt Tage, gerade so Donnerstage, wenn die Bezirksämter Sprechstunden haben oder so, da kriege ich 10, 15 Anrufe für freie Zimmer. Und ich hab nicht eins. Und am liebsten würden die sich alle auf die Warteliste setzen lassen. Also das ist-, das ist schon erschreckend, wie viele.“ (SiA22, 1028-1047)*

Für obdachlose Menschen gibt es auch die Möglichkeit, Wohnungen aus dem geschützten Marktsegment zu erhalten, von diesen Wohnungen gebe es jedoch ebenfalls zu wenige (SiA05, 508-580). Im Gegensatz zu Eingliederungsmaßnahmen gebe es in der Wohnhilfe keine Zielvorgaben hinsichtlich der Dauer der Leistungsgewährung; allerdings würden die Kostenübernahmen in manchen Fällen nur für kurze Zeiträume (einen Monat) ausgestellt, so dass monatlich entweder die Betroffenen sich eine neue Kostenübernahme holen oder der Träger diese beim Amt schriftlich anfordern müsse. Gelegentlich würden auch Kostenübernahmen über längere Zeiträume ausgestellt (SiA22, 383-400).

#### **5.1.8.4 Zwischenfazit Versorgungslücken Wohnen**

Wohnungsverlust ist eine häufige Komplikation bei Sucht (vgl. Kapitel 4.2). Bezahlbarer Wohnraum fehlt insbesondere für Menschen, die geringe finanzielle Ressourcen haben. Daneben gibt es auch einen Mangel an barrierefreien Wohnungen (privat und Trägerwohnungen).

Unsere Interviews deuten darauf hin, dass es gerade für ältere Abhängige zunehmend wichtig wird, dauerhafte und stabile Lösungen für ihr Leben finden zu können, statt sich immer wieder auf neue Wohnkonstellationen oder gar auf einen Umzug und gänzlich neue Angebote einstellen zu müssen. Fehlende Stabilität oder das Bangen, ob Kostenübernahmen weiter bewilligt werden, stellen dann eine zusätzliche Belastung dar (vgl. SiA23, 157-160).

Versorgungslücken im Bereich des (betreuten) Wohnens bestehen insbesondere für langjährig- und schwer erkrankte ältere Abhängige (Alkohol und Drogen) sowie für ältere Abhängige mit weiteren psychiatrischen Diagnosen bzw. Doppeldiagnosen, insbesondere bei fehlender

Abstinenz, früheren Erfahrungen von Wohnungslosigkeit, herausfordernden Verhaltensweisen oder Korsakow-Syndrom. Beschrieben wurden in den Interviews Fehlplatzierungen dieser Personengruppen in Pflegeeinrichtungen sowie ein in manchen Fällen dauerhafter Verbleib in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die jedoch nicht auf die dauerhafte Begleitung dieser Personengruppen ausgerichtet ist und diesen auf lange Sicht keine ausreichende Betreuung bieten kann; zudem fehlt es dort selbst an Plätzen. Ein Versorgungsproblem entsteht zudem bei eintretender Pflegebedürftigkeit älterer Abhängigkeitserkrankter, wenn Wohnangebote nicht barrierefrei ausgestattet sind, die notwendige pflegerische Unterstützung nicht mehr über die Einrichtung abgedeckt werden kann und der Sozialhilfeträger eine parallele Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege nicht bewilligt: Mit dem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung werden die älteren Abhängigkeitserkrankten aus ihrem gewohnten Umfeld herausgelöst, was eine Destabilisierung zur Folge haben kann, und die für die Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur bedeutsamen Teilhabeleistungen können dann nicht mehr in Anspruch genommen werden. Es sollte genau geprüft werden, inwieweit die Umsetzung des dritten Pflegestärkungsgesetzes und des Bundesteilhabegesetzes so erfolgen kann, dass diese Problematik nicht verschärft, sondern eine Verbesserung der Versorgungssituation erreicht wird.

### **5.1.9 Tagesstruktur, Freizeit und Beschäftigung**

#### **5.1.9.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

Leistungen der Tagesstrukturierung für abhängigkeitserkrankte Menschen werden meist als Leistungen der Eingliederungshilfe innerhalb und außerhalb von Einrichtungen erbracht. Sie können ambulant auch im Rahmen der Hilfe zur Pflege über spezifische Leistungskomplexe (soziale Betreuung, Tagesstrukturierung) erbracht werden, jedoch in nur sehr geringem zeitlichem Umfang, der, so die Erfahrung eines Sozialarbeiters aus der ambulanten Pflege, die entsprechenden Bedarfe älterer Abhängigkeitserkrankter in der Regel nicht deckt (SiA08, 146-161).

Angebote wie Tagesstätten, Gesprächsgruppen oder ähnliches zielen darauf, schwerer betroffenen Abhängigkeitserkrankten Tagesstruktur und Teilhabe zu ermöglichen. Tagesstätten bieten einen regelmäßigen Tagesablauf und eine Strukturierung des Tages. Es werden unterschiedliche Tätigkeiten angeboten, beispielsweise hauswirtschaftliche oder handwerkliche Aktivitäten (SiA22, 550-568).

Eine weitere Leistung, die zu Hause lebende ältere Abhängigkeitserkrankte in Anspruch nehmen können, sind die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. Voraussetzung ist allerdings das Vorliegen einer Pflegestufe, die Suchterkrankte nach Einschätzung des interviewten Sozialarbeiters eines ambulanten Pflegedienstes häufig jedoch nicht hätten (SiA08, 388-392). Über sie können beispielsweise Spaziergänge oder ein regelmäßiger sozialer Kontakt organisiert werden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diejenigen, die solche Leistungen der Betreuung und Entlastung erbringen, häufig Ehrenamtliche, ausreichend kompetent und stabil für den Umgang mit der heterogenen

Zielgruppe abhängigkeiterkrankter älterer Menschen sind. Inwieweit ältere Abhängigkeiterkrankte zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen tatsächlich in Anspruch nehmen und welche Rahmenbedingungen für die Ehrenamtlichen hierbei sichergestellt werden müssten, bedürfte einer weitergehenden Untersuchung.

### **5.1.9.2 Zugangswege**

Der Zugang zu ambulanten Angeboten der Tagesstruktur oder Beschäftigung erfolgt beispielsweise auf Vermittlung im Anschluss an eine Rehabilitation, durch die Sozialpsychiatrischen Dienste, das Betreute Einzelwohnen oder auch SozialarbeiterInnen bei ambulanten Pflegeanbietern (SiA08, 343-347).

### **5.1.9.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen**

#### Teilhabe innerhalb von Einrichtungen

In der in die Studie einbezogenen betreuten Wohneinrichtung für nicht abstinent lebende Menschen mit chronischer Alkoholabhängigkeit wird der Tagesstruktur und Beschäftigung konzeptuell ein hoher Stellenwert beigemessen. Zentral sei, „möglichst keine Langeweile aufkommen (zu) lassen“ (SiA09, 466-467) und dass es jederzeit einen Ansprechpartner gebe (SiA09, 477-479). Über die gärtnerischen, kunsthandwerklichen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten, darunter insbesondere Einzelaktivitäten mit Bezugsbetreuenden,<sup>29</sup> sowie die Möglichkeit, sich Kleidung und Zimmereinrichtung selbst auszusuchen, erlebten die BewohnerInnen Anerkennung und fühlten sich „gebraucht“. Dies ziehe in vielen Fällen eine Reduktion des Alkoholkonsums nach sich (SiA09, 60-71; 325-356). Die Angebote reichten in den Sozialraum hinein und ermöglichten so „normale Kontakte zur Bevölkerung“ (SiA09, 484-494). In der erlebten Anerkennung, dem Gebrauchtwerden und den Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Hinblick auf Zimmereinrichtung, Kleidung und Freizeitgestaltung sieht die Einrichtungsleiterin das entscheidende Element von Leistungen der Eingliederungshilfe, für die im Rahmen von Pflegeeinrichtungen die Zeit fehle, zumal dort die Pflege im Vordergrund stehe (SiA09, 341-356).

*„(D)ieses Bekleidung selbst kaufen, das Zimmer selbst einrichten, Essen kochen, für andere Menschen da sein wieder, das Feedback in der Wohngruppe bekommen, dass man wichtig ist, das man gebraucht wird. Da ist wirklich zu sechzig, siebzig Prozent in der Wohngruppe bei den Menschen Rückgang von der Alkoholmenge zu sehen. (...) und das ist das Konzept, glaube ich, der Eingliederungshilfe, was der Altenpflegebereich so spezifisch nicht bieten kann. Also weil einfach die Zeit dafür gar nicht so da ist und die Pflege da wirklich mehr im Vordergrund steht.“ (SiA09, 341-356)*

Eine andere Einrichtungsleiterin hebt die Heterogenität der Bedürfnisse und Interessen der – im Falle ihrer Einrichtung chronisch mehrfach beeinträchtigten – Menschen mit Abhängigkeitserkrankung hervor, an denen sich Angebote orientieren müssten. Diese wollten Kicker,

---

<sup>29</sup> Vgl. auch SiA10, 595-607.

Dart und Filmabende statt „Mensch ärgere dich nicht“ und „Basteln“ (SiA10, 134-151). Gerade die jüngeren unter den BewohnerInnen seien häufig noch beweglicher als andere mehrfach erkrankte BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen, so dass auch Fußballspielen oder Tischtennis angeboten werden könnten (SiA10, 161-168). Die Einrichtungsleiterin empfiehlt zudem, aktiv Angebote zu unterbreiten, da Eigeninitiative häufig schwer falle; wichtig sei auch, die teilweise kurze Aufmerksamkeitsspanne und das Bedürfnis nach Pausen zu berücksichtigen (SiA10, 169-179).

Entscheidend für die Teilhabemöglichkeiten der älteren Abhängigen, die in Einrichtungen leben, ist auch, ob bei der Gestaltung von Einrichtungen die baulichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Menschen mit physischen und kognitiven Beeinträchtigungen möglichst eigenständig ihren Interessen nachgehen und beispielsweise eigenständig den bei einer Einrichtung befindlichen Garten aufsuchen können (SiA10, 579-594).

### Substituierte Opioidabhängige

Für substituierte Opioidabhängige gibt es vor allem in Angeboten der integrierten Drogenhilfe oder in Schwerpunktpraxen Freizeit- und Geselligkeitsangebote, z. B. gemeinsames Frühstück, Kochen oder auch Feste. Insbesondere niedrigschwellige Angebote wie gemeinsames Kochen oder Mittagessen würden von manchen älteren Substituierten gerne und wegen des Kontakts zu anderen wahrgenommen; auch seien sie eher bereit, für vorbereitende Aufgaben (z. B. Mitorganisation des Frühstücks) die Verantwortung zu übernehmen, wie der interviewte Mitarbeiter eines Trägers der integrierten Drogenhilfe schildert (SiA02, 478-480). Jüngere Substituierte hätten hingegen häufig andere Prioritäten und seien mehr von ihren Sucht- und Szenethemen geleitet (SiA02, 501-507).

Manche Substituierte mieden niedrigschwellige Angebote auch, so zumindest die Erfahrung des interviewten Substitutionsarztes. Als Grund hierfür verweist er darauf, dass nicht alle Substituierten drogenfrei lebten, teilweise Beikonsum und auch Kriminalität Thema seien. Ältere würden sich von der jüngeren Szene häufig nicht mehr angesprochen fühlen (SiA02, 216-223; SiA16, 28-39).

*„Einsamkeit ist ein großes Thema, in der Drogenuserszene so oder so, und je älter die Leute werden, umso mehr. Also auf Szene-Hektik haben die meisten keine Lust mehr. Aber wenn sie all das, was ihr Leben immer ausgemacht hat, nicht mehr machen wollen, außer zum Arzt zu gehen, weil sie noch an den Stoff hängen, dann bleibt das Sofa übrig (...), und das ist natürlich auch nicht so attraktiv.“  
(SiA02, 216-223)*

Nach Einschätzung des Mitarbeiters der integrierten Drogenhilfe böten die existierenden Tagesstätten für Substituierte zwar auch Älteren die Möglichkeit, einer für sie sinnvollen Tätigkeit nachzugehen und Themen zu finden und zu bearbeiten, die ihnen wichtig sind (SiA 02, 608-626). An spezialisierten Angeboten für Ältere fehle es dabei jedoch bisher. Für die Tragfähigkeit solcher Angebote komme es vor allem darauf an, dass sie auf die Lebenssituation und gesundheitlichen Bedarfe der älteren Substituierten zugeschnitten seien, was u. a.



leistungsrechtliche Fragen aufwirft, beispielsweise zur Möglichkeit, Angebote nur stundenweise und an einzelnen Tagen zu nutzen (SiA02, 610-626) und nahelegt, entsprechende Angebote auf ihre Bedarfsgerechtigkeit für ältere Abhängigkeitserkrankte hin zu evaluieren.

*„Beschäftigungstagesstätte (...) kann ein wichtiges Element sein, da geht's dann stark um Zugangsbedingungen. Müssen die wirklich 5 Tage 6 Std. am Tag kommen oder dürfen die auch immer nur Mittwoch kommen, wenn das dran ist, was sie gerne mögen usw. Also da sind jetzt an zwei Stellen flexible Konzepte gebastelt worden, ob die tragen, ob die funktionieren, ob sie ausreichend Publikum anziehen, ob die Kostenträgerlandschaft das alles genauso sieht, das ist noch nicht beantwortet.“ (SiA02, 610-626)*

Das Bedürfnis, Angebote abgestuft und gemäß den eigenen Fähigkeiten nutzen zu dürfen, bestätigt indirekt auch der substituierte Interviewpartner, der schildert, dass er die Tätigkeit in einer Küche „für behindertengerechtes Arbeiten“ körperlich anstrengend fand; auch der Umgang mit den anderen Menschen und deren Beeinträchtigungen strengte ihn an (SiA24, 41-44). Nichtsdestotrotz empfiehlt er, ältere Menschen mehr in anregende Bewegung zu bringen und dabei die Individualität der Einzelnen zu berücksichtigen (SiA24, 188-191).

#### Wohnungslosenhilfe und Einrichtungen für Obdachlose

In Obdachloseneinrichtungen spielen Angebote der Tagesstruktur eine geringe Rolle, da es vordringlich darum geht, eine Unterkunft sicherzustellen. Der Mitarbeiter einer Einrichtung beschreibt die Unterschiedlichkeit der Wünsche: Viele der dort Untergekommenen wünschten sich mehr Gespräche und Gesellschaft, allerdings nicht in der Gruppe, sondern z. B. mit dem Sozialarbeiter (SiA22, 900-918). Andere hätten lieber ihre Ruhe, „sitzen vom Fernseher, treffen sich mit Kumpels, aber Gesellschaft haben die dann in der Regel nicht so gerne“ (SiA22, 445-468). Ob Gruppenangebote nachgefragt werden, hänge auch davon ab, ob potenzielle TeilnehmerInnen sich von der Person, die sie anbietet, angesprochen fühlen. Ein zusätzlicher Aufwand ergibt sich aus den nötigen Erinnerungen zur Teilnahme, da die BewohnerInnen den Termin sonst vergessen (SiA22, 919-953). In Einzelfällen vermittelt der Träger auch in Tagesstätten, allerdings nur diejenigen, die „noch sehr fit“ (SiA22, 445-468) und in der Lage seien, etwas zu machen; bei manchen seien die hirnrorganischen und körperlichen Schädigungen hierfür zu ausgeprägt (SiA22, 550-568).

In dieser Schilderung klingt an, dass es eine Gruppe besonders schwer betroffener Personen gibt, für die keine rehabilitierenden – das heißt, weder Fähigkeiten wieder herstellende noch erhaltende – Bemühungen mehr unternommen werden, weil dies nicht in der Zuständigkeit der Einrichtung liegt und diese hierfür auch keine Finanzierung erhält. So beschreibt der interviewte Mitarbeiter auch, dass er bereits erlebt hat, dass mit der entsprechenden Förderung und Ansprache in der benachbarten Pflegeeinrichtung rollstuhlnutzende BewohnerInnen wieder begonnen hätten, zu laufen und am Gemeinschaftsleben teilzunehmen, weshalb der Träger immer wieder versuche, Personen möglichst passgenau in andere Einrichtungen zu vermitteln (SiA22, 569-588).

#### **5.1.9.4 Zwischenfazit: Versorgungslücken Tagesstruktur, Freizeit und Beschäftigung**

Verschiedentlich wird in den Interviews auf einen Mangel bzw. eine mangelnde Bekanntheit abstinenzorientierter Orte und Veranstaltungen für die Zielgruppe älterer Abhängigkeitserkrankter hingewiesen. Für ältere substituierte Opioidabhängige werden bei der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Angebote der Tagesstrukturierung und Beschäftigung Motive der Geselligkeit und des Austauschs über die eigene Situation wichtiger, und ein ruhigerer Lebensrhythmus gewinnt an Bedeutung. Einerseits tragen ältere Substituierte unter Umständen niedrigschwellige Angebote stärker und verlässlicher mit, andererseits ist es wichtig, dass deren Rahmenbedingungen, beispielsweise hinsichtlich von Dauer und Häufigkeit, sie in ihrer spezifischen gesundheitlichen und Lebenssituation nicht überfordern.

## **5.2 Ambulante und stationäre medizinische Versorgung**

Im Folgenden werden die aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse zu Angebotsstruktur und Zielsetzung, Zugängen sowie Inanspruchnahme und Problemen bei der medizinischen Versorgung älterer abhängigkeitserkrankter PatientInnen dargestellt. Einige Aspekte zur stationären Versorgung finden sich auch in den vorangegangenen Kapiteln zu Entzug (5.1.3) und Entwöhnung (5.1.4).

### Angebotsstruktur und Zielsetzung

Ältere Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind häufig stärker von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen als jüngere Abhängigkeitserkrankte (vgl. Kapitel 4.8). Die Suchthilfe für ältere Menschen ist daher stärker mit der Notwendigkeit konfrontiert, ärztliche Hilfen zu vermitteln und zu koordinieren (SiA02, 564-569). Gleichzeitig werde das Thema „Sucht im Alter“, so die Einschätzung der ärztlichen Mitarbeiterin eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, in der ambulanten medizinischen Versorgung *„noch nicht genügend wahrgenommen“*, es fehle an einer grundlegenden *„Aufmerksamkeit“*, *„überhaupt in so eine Richtung (...) zu explorieren oder da mal genauer hinzugucken“* (SiA19, 114-119). Allerdings sei ein Haltungswandel spürbar, wie die Mitarbeiterin einer Suchtberatungsstelle konstatiert. Die Behandlung von Suchterkrankungen im Alter werde mittlerweile seitens des medizinischen Versorgungssystems durchaus als *„lohnend“* und möglicherweise im Sinne der Betroffenen angesehen (SiA01, 68-78).

Im Modellcurriculum der Bundesärztekammer für die Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung, die für HausärztInnen verpflichtend ist, werden „Sucht und Abhängigkeit“ als Lerngebiet im Bereich der Psychischen Störungen vorgeschlagen (Bundesärztekammer 2001). Nach der S3-Leitlinie zum Screening, zur Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen besteht ein klinischer Konsens, dass Kurzinterventionen auch bei über 65-jährigen Menschen mit Alkoholproblemen angeboten werden sollten (AMWF 2016a, 13).<sup>30</sup> Die S3-Leitlinie gibt umfassende Empfehlungen zur ambulanten und stationären medi-

---

<sup>30</sup> Die S3-Leitlinie definiert Kurzinterventionen wie folgt: *„Kurzinterventionen sind ein Weg, Menschen mit problematischem Alkoholkonsum in nicht-spezialisierten Settings zu einer Trinkmengenreduktion oder ggf. zur Abstinenz zu motivieren. Unter Kurzinterventionen werden Interventionen verstanden, die (ohne Festlegung*

zinischen Versorgung abhängigkeiterkrankter Menschen ab, darunter auch im Hinblick auf die Population älterer Menschen (AMWF 2016a, 272-287).

### Zugangswege

Die medizinische Versorgung abhängigkeiterkrankter älterer Menschen wird in den Interviews insgesamt als schwierig eingeschätzt (SiA01, 770-785; SiA08, 340-342). Hierfür lassen sich Gründe auf Seiten des Versorgungssystems, aber auch Barrieren auf Seiten der Menschen mit Suchterkrankung identifizieren.

### Erreichbarkeit (fach-)ärztlicher Behandlung

Strukturell wird im ambulanten Bereich die Ausstattung mit und Erreichbarkeit von Haus- und FachärztInnen in einigen Bezirken als mindestens angespannt beschrieben; die Folge seien teilweise lange Wartezeiten beim Besuch bestimmter Arztgruppen, insbesondere NeurologInnen, PsychiaterInnen oder NervenärztInnen (SiA01, 770-785; SiA17, 463-465; SiA19, 407-421), und weite Wege für die Betroffenen. Gerade für ältere, mobilitätsbeeinträchtigte und abhängigkeiterkrankte Menschen sei der Weg durch die Stadt beschwerlich (SiA01, 776-777). Auch lange Wartezeiten in der Praxis werden teilweise als besonders anstrengend erlebt, wie ein Interviewpartner, der im betreuten Wohnen lebt, schildert (SiA24, 7-14). Häufig sei es nötig, die Betroffenen zum Arzt zu begleiten, weil die Bewilligung von Krankentransporten einen größeren bürokratischen Aufwand als früher bedeute, an enge Voraussetzungen gebunden sei und zudem länger im Vorhinein angemeldet werden müsse (SiA05, 47-51; SiA08, 249-258; SiA09, 722-727). Auch die Berentung langjährig vertrauter ÄrztInnen kann einen Bruch in der Versorgung der Betroffenen bedeuten.

Ärztliche Behandlung zu finden, erweise sich mitunter insbesondere für diejenigen abhängigkeiterkrankten Menschen als schwierig,

*„die jahrelang nicht mehr zum Arzt gegangen sind, aus Schamgefühl, und dann irgendwann wieder einen Arzt brauchen, weil sie eben irgendeinen Befundbericht brauchen für irgendeine Maßnahme. Und die haben dann eben auch ein Problem, einen Arzt zu finden.“ (SiA01, 780-784)*

### Einstellungen, Ressourcen und Qualifizierung

Neben strukturellen Aspekten können sich jedoch auch Einstellungen der Versorgungsakteure als Barriere für einen Zugang abhängigkeiterkrankter älterer Menschen zu Leistungen erweisen. So beschrieben mehrere Interviewpartner Vorbehalte, die sie innerhalb der medizinischen Profession, aber auch bei SozialarbeiterInnen oder Pflegekräften wahrgenommen

---

*einer Untergrenze) eine Dauer bis 60 Minuten bei bis zu fünf Sitzungen nicht überschreiten. Die Interventionen zielen auf eine Verringerung des Alkoholkonsums und alkoholassoziierter Probleme und integrieren u.a.: 1.) personalisiertes Feedback, 2.) individuelle Zielfindung sowie 3.) konkrete Ratschläge. Sie können durch schriftliches Infomaterial ergänzt werden oder auch computergestützt dargeboten werden.“ (AMWF et al. 2016a, 12)*

haben und die als Spiegel einer, wenngleich in den letzten Jahrzehnten zurückgegangenen, aber doch nach wie vor bestehenden Stigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen gelten können (Angermeyer et al. 2013). Es sei schwierig, TherapeutInnen zu finden, die ältere Menschen mit Suchterkrankung behandeln (SiA08, 340-342).

Hinweise auf solche Vorbehalte wurden in den Interviews immer wieder thematisiert. Mit Blick auf die stationäre Versorgung im Krankenhaus hat die Leiterin einer nichtabstinenzorientierten Wohneinrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte ältere Menschen mit Alkoholabhängigkeit die Erfahrung gemacht,

*„dass die Haltung (...) in den Krankenhäusern diesem Klientel gegenüber moralisch wie auch medizinisch nicht besonders hochwertig ist.“ (SiA09, 727-729)*

Sie führt diese Einschätzung u. a. auf ein Erlebnis zurück, bei dem sie von einem Krankenhaus erst drei Tage, nachdem der betreffende Bewohner der Einrichtung verstorben war, über den Tod informiert wurde, weil der Anruf vergessen wurde.

*„Das würde bei einer privaten Person (...) eher nicht passieren, wenn da Verwandte sind. Es sind dann Leute eben, die, dann lesen die Heim oder Obdach und dann, ich weiß nicht, wie so was passieren kann, da ist sozusagen diese, ich wage mal zu behaupten, dass diese ethische und medizinische Haltung da ein Stück anders mitunter läuft auch unter den Ärzten oder stationär als wenn, wie gesagt, Sie im Krankenhaus liegen würden oder ich. Und das merk ich immer mehr.“ (SiA09, 731-737)*

Manche HausärztInnen fühlen sich von der Behandlung alkoholabhängiger PatientInnen überfordert: Eine in der Studie „PSYTIA“ interviewte Hausärztin kommt in der Behandlung alkoholabhängiger Menschen an die Grenzen ihrer Möglichkeiten (PSY2F04, 4-5), *„also das mit dem Alkohol, das - eigentlich kann man denen nicht helfen“* (PSY2F04, 40), und sieht sich nicht zuletzt durch die Erwartungen von Angehörigen ihrer alkoholabhängigen PatientInnen unter Druck gesetzt (PSY2F04, 16-19).

*„(D)ie Angehörigen kommen dann immer zu mir und sagen zu mir: Warum schaffen Sie es nicht, dass er nicht mehr trinkt? Hallo?! Hm? Ich?! – Ja, Sie müssen doch was tun! Sie müssen den einweisen. Ja, wenn der Patient nicht will, dann kann ich den gar nicht einweisen.“ (PSY2F04, 16-19)*

Sie verweist stattdessen auf Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker (PSY2F04, 14-19). Eine weitere in der PSYTIA-Studie interviewte Hausärztin gibt an, dass sie zwar grundsätzlich Angebote wie Suchtberatungsstellen kenne, es ihr aber schwer falle, diese im Bedarfsfall zu benennen

*„Aber klar, wenn man es akut weiß, dann fällt es - braucht, dann fällt es einem gerade auch immer nicht ein. Und muss dann doch mal noch mal nachgucken und so.“ (PSY2F11, 146-147)*

Andererseits berichtet die ärztliche Leiterin einer Rehabilitationseinrichtung von HausärztInnen, die

*„sich oft auch sehr abmühen mit den Suchtkranken, die dann ja auch teilweise betrunken im Wartezimmer sitzen und dann da auch nicht wohlgekommen sind.“  
(SiA17, 157-160)*

Die Interviewpartnerin hofft, diesen HausärztInnen mit Fortbildungen zum Suchthilfesystem und insbesondere zur Entgiftung *„immer wieder Mut zu machen“* und aufzeigen zu können, dass die Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe eine große Unterstützung in der Behandlung dieser PatientInnen bedeuten kann (SiA17, 151-168).

Deutlich wird, dass die Akteure des medizinischen Versorgungssystems in der Versorgung abhängigkeiterkrankter älterer Menschen mit Herausforderungen konfrontiert sind, für die sie entsprechend ausgebildet und ausgestattet sein sollten.

#### Mobilitäts- und andere Beeinträchtigungen

Auf sich allein gestellt, kann es für ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sehr schwer sein, die beschriebenen strukturellen und einstellungsbezogenen Barrieren zu überwinden. Mobilitätsbeeinträchtigungen, häufig auch knappe finanzielle Mittel, eine aufgrund von Scham oder selbstschädigenden Tendenzen geringe Motivation, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder auch die Folgen von Beikonsum kommen bei manchen Betroffenen mit Problemen in der Alltagsorganisation zusammen, was beispielsweise die Einhaltung von Terminen stark erschweren kann (SiA05, 297-309; SiA24, 75-76; 130-135).

Potenzielle Barrieren beim Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung werden von dem interviewten Sozialarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes in der ablehnenden Haltung von KlientInnen gegenüber Hilfen gesehen (SiA08, 233-247)<sup>31</sup> sowie in fehlenden Zugangsmöglichkeiten zu ÄrztInnen und TherapeutInnen, die aufgrund von somatischen Beschwerden oder den Folgen des Alkoholkonsums nicht selbstständig aufgesucht werden können. Gleichzeitig bestehen Hürden, um eine Begleitung des Arztbesuches sicherzustellen, indem zunächst die Einwilligung durch den Kostenträger einzuholen ist, der sich zudem in manchen Fällen für nicht zuständig erkläre und stattdessen auf einen anderen Kostenträger verweise (SiA08, 249-268). Mobilitätshilfedienste können eine Hilfe sein, sofern sie ausreichend umfangreich und routiniert vermittelt werden (SiA08, 249-268).

Barrieren beim Zugang zur ärztlichen Versorgung können wiederum zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis hin zu schweren gesundheitlichen Krisen führen, welche dann Notfalleinweisungen und möglicherweise auch einen – allerdings sehr späten – Zugang in das System der Suchthilfe nach sich ziehen.

---

<sup>31</sup> Es zeigt sich, wie sensibel die Balance zwischen Träger- und Betroffeneninteressen ist: Betroffene sind häufig auf die Leistungen von Trägern im Rahmen der Vorgaben des Leistungssystems angewiesen, obgleich diese mitunter eine Psychiatrisierung und Stigmatisierung des eigenen Lebens mit sich bringen.

### Psychosoziale Begleitung und Betreuung

Leistungen der psychosozialen Begleitung und Betreuung können den Zugang zur medizinischen Versorgung verbessern, beispielsweise wenn Betroffene im Rahmen eines Betreuten Einzelwohnens motiviert werden, Arzttermine auch wahrzunehmen (SiA05, 47-51; 297-309):

*„Wir kümmern uns um die Gesundheit. Viele sind schon lange nicht mehr beim Arzt gewesen, die wir aufnehmen. Wir begleiten sie dort hin, vermitteln, übersetzen auch ein bisschen, ja, sprechen für diejenigen, begleiten zu Ämtern initiieren Krankenhauseinweisungen.“ (SiA05, 47-51)*

### Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme

#### Weitervermittlung in Angebote der Suchthilfe

Haus- und FachärztInnen wird von den befragten InterviewpartnerInnen eine wichtige und weiter zu stärkende Rolle mit Blick auf den Umgang insbesondere später erkrankter älterer Abhängigkeitserkrankter Menschen (*late-onset*) mit ihrer Erkrankung und für deren Zugang zum Suchthilfesystem zugeschrieben (SiA12, 45-51; 216-232; SiA17, 354-365). PatientInnen seien bei ihnen weniger gehemmt, Suchtprobleme anzusprechen (SiA07, 261-264).

Manche HausärztInnen vermitteln bereits in weiterführende Einrichtungen (SiA17, 163-164). Voraussetzung hierfür ist, dass sie entsprechende Hinweise auf eine Abhängigkeitserkrankung erkennen und in einer für den oder die PatientIn jeweils angemessenen Weise artikulieren und beispielsweise durch motivierende Gesprächsführung bearbeiten.

Eine suchtsensible Ansprache im Zuge von Krankenhausaufenthalten kann ebenfalls Zugänge zu Leistungen der Suchthilfe eröffnen (SiA03, 76-110; SiA05, 98-124; SiA17, 136-156). In zwei Interviews wurde berichtet, dass die suchtmmedizinische bzw. -therapeutische Expertise auf Stationen allerdings häufig nicht aufsuchend angeboten werde, sondern von StationsärztInnen gezielt angefordert werden müsse (SiA01, 624-633; SiA03, 76-110). Angebotene Suchtkonsile würden wiederum nur selten in Anspruch genommen (SiA03, 76-110). Dies ist insofern problematisch, als ältere Abhängigkeitserkrankte häufig nach Komplikationen wie Magenproblemen oder Stürzen auf somatischen Stationen eingewiesen werden, auf denen eine Entgiftung stattfindet, diese jedoch häufig nicht für weitere Ansprache, Motivierung und Vermittlung genutzt werde, obgleich dies aussichtsreich sei (SiA17, 143-151; 177-191). Um auch ältere Menschen mit einer *late-onset*-Abhängigkeit zu erreichen, sollte die Ansprache zudem mit Rücksicht auf die starke Stigmatisierung der Thematik behutsam erfolgen; vielversprechend sind beispielsweise die Kontaktaufnahme durch eine selbst ältere Person, die zudem auf ein spezifisches Angebot für Ältere hinweisen kann (vgl. SiA01, 624-633).

Einer der abstinent lebenden, alkoholabhängigen Interviewpartner (*late-onset*) bestätigt die in niedergelassene ÄrztInnen gesetzten Hoffnungen. Er schildert, wie er mit der Unterstützung seiner Hausärztin, die ihn zunächst auf seinen anhaltenden Gewichtsverlust angesprochen habe, zur Entgiftung gekommen sei (SiA25, 63-67):

*„Meine Hausärztin, die sagte dann zu mir, ‚Wissen Sie was, (...) das ist zu viel mit dem Alkohol was Sie trinken, ich möchte Sie einweisen zum Entzug‘.“ (SiA25, 7-9)*

Der Interviewpartner berichtet weiter, dass die HausärztIn mit der Entgiftungsklinik telefoniert habe und er bereits zwei Tage später aufgenommen worden sei (SiA25, 188-201).

In anderen Fällen sind die Wege verschlungener und müssen mehr Etappen genommen werden: Eine Interviewpartnerin berichtet, dass sie während ihrer Alkoholabhängigkeit einen ambulanten Entzug zwar erwogen, diesen dann jedoch verworfen habe, weil ihr die Klinik zu weit entfernt lag. Im Zuge einer Operation, bei der sie niemand auf die Abhängigkeit ansprach, habe sie dann kalt entzogen und im Anschluss mit ihrer Hausärztin über den Alkoholkonsum gesprochen. Die Hausärztin habe sie wiederum an eine Neurologin überwiesen, die ihr eine Gesprächsgruppe für SeniorInnen mit (überwundener) Alkoholabhängigkeit empfohlen habe, an der die Interviewpartnerin noch immer teilnehme. Zudem frage die Neurologin regelmäßig nach, ob die Interviewpartnerin auch nicht mehr trinke (SiA26, 6-11; 17-22; 779-82).

#### Qualifizierung und Sensibilisierung

ÄrztInnen können aufgrund der oft langjährig bestehenden vertrauensvollen Beziehungen zu PatientInnen eine wichtige Rolle dabei spielen, ältere Menschen frühzeitig und sensibel auf einen möglicherweise problematischen Alkoholkonsum oder eine Abhängigkeit anzusprechen und zu einer Reduzierung des Konsums oder auch zu Maßnahmen wie Entgiftung, Therapie oder Selbsthilfegruppe zu motivieren (vgl. AMWF 2016, 339).

Vor dem Hintergrund, dass Abhängigkeitserkrankungen jedoch oftmals erst spät erkannt und/oder behandelt werden, plädieren die interviewten Fachleute aus der Suchthilfe vor allem dafür, dass MedizinerInnen noch stärker dafür sensibilisiert und qualifiziert werden müssten, Risikokonsum oder Abhängigkeiten zu erkennen, im Sinne einer motivierenden Gesprächsführung zu thematisieren und ggf. in passende Angebote weiterzuvermitteln, beispielsweise durch die Einweisung auf Entgiftungsstationen (SiA12, 216-232; SiA14, 223-230; SiA15, 425-532; SiA17, 151-157; 677-680).

Praxisorganisatorische und systemstrukturelle Voraussetzungen für eine Stärkung dieser hausärztlichen Funktion – beispielsweise die je PatientIn zur Verfügung stehende Zeit, die Vergütung für Aktivitäten zur Vernetzung oder die Verfügbarkeit freier Plätze in Angeboten der möglichen Anschlussversorgung – haben die InterviewpartnerInnen bei ihren Empfehlungen kaum im Blick.

#### Psychotherapie

Die ärztliche Mitarbeiterin eines sozialpsychiatrischen Dienstes hält *„Suchtkranke, (...) freundlich“* ausgedrückt, in der psychotherapeutischen Versorgung für *„unterrepräsentiert“* und macht hierfür ebenfalls *„sehr viele Vorbehalte von Seiten der Anbieter gegenüber Suchtkranken“* verantwortlich (SiA19, 423-424). Zwar gesteht sie zu, dass es Konstellationen wie eine starke Intoxikation oder eine sehr hohe Substitutionsdosis gebe, in denen *„es unter*

Umständen wenig hilfreich oder aussichtsreich“ sei, psychotherapeutisch zu arbeiten (SiA19, 422-435). Sie erwägt jedoch, ob hinter diesen rationalen Argumenten in manchen Fällen auch die Vermeidung der als herausfordernd empfundenen Klientel liegen könne (SiA19, 422-435).

*„Ich bin mir nicht sicher, ob es immer so sein müsste, ich hab so ein bisschen den Eindruck, dass da auch manchmal eine Rosinenpickerei stattfindet, weil Suchtkranke sind eben auch ein schwierigeres Klientel, ist einfach so. Und sie konfrontieren viel mit sich selbst und mit eigenen Verhaltensweisen im Umgang mit Suchtmitteln und so weiter und so fort. Auch das könnte mit eine Rolle spielen, unbewusst zumindest.“ (SiA19, 422-435)*

### Pharmakologische Behandlung

Eine besondere Herausforderung in der Versorgung abhängigkeiterkrankter älterer Menschen stellt deren adäquate pharmakologische Behandlung dar. In verschiedenen Interviews wird auf der Basis alltäglicher Versorgungserfahrungen vermutet, dass es manchen MedizinerInnen an entsprechenden psychopharmakologischen Kompetenzen fehle bzw. bestimmte Notwendigkeiten in der Versorgung wenig im Blick seien (SiA04, 476-524; SiA17, 61-66). So vermerkt die Leiterin einer ambulanten Therapieeinrichtung häufig Anrufe von ÄrztInnen, die fragten, was sie ihren suchterkrankten PatientInnen verschreiben sollten (SiA04, 476-524). Die Interviewpartnerin sieht sich diesbezüglich nicht in einer beratenden Rolle, sondern erwartet von den ÄrztInnen mehr Eigenständigkeit. Aus einem übergreifenden Blick auf das Versorgungssystem scheint es hingegen positiv, dass ÄrztInnen von sich aus Rücksprache und Beratung suchen – erfüllen sie damit doch ein in versorgungspolitischen Debatten häufig an sie heran getragenes Desiderat.

### Stationäre Wohnangebote

In stationären Wohnangeboten besteht die Herausforderung, Hausbesuche zu gewährleisten; eine Interviewpartnerin berichtete, mit einer niedergelassenen Hausärztin sowie – insbesondere zur Versorgung derjenigen mit Doppeldiagnosen – dem Einzugskrankenhaus zu kooperieren (SiA09, 180-184; 712-716). Diese Interviewpartnerin berichtete darüber hinaus, mit dem nicht-abstinenten Konzept ihrer Einrichtung auf Ablehnung gestoßen zu sein (SiA09, 716-722). Gefragt danach, wo weitere Kooperationen bestünden, und was wichtige Schnittstellen seien, antwortet sie:

*„Im Grunde genommen ist die größte Schnittstelle wirklich das (Krankenhaus), wo die Ärzte teilweise auch hier herkommen, und die Psychiater, die Hausärztin hier im Ort, die wirklich seit 20 Jahren hier in der Wohngruppe die Menschen allgemeinmedizinisch betreut, was ich ihr sehr hoch anrechne, ich hoffe, sie geht noch nicht bald in Rente, sie kommt ein bis zweimal die Woche hier her und guckt sich die Leute in der Wohngruppe an, da hab ich auch damals viele Vorurteile von anderen Allgemeinmedizinern gefunden, die nicht bereit waren, die alkoholkranken Leute hier zu betreuen, weil sie dieses Konzept nicht, ethisch oder nicht ärztlich so richtig vertreten konnten und zu mir gesagt haben, ich sollte nochmal gucken, ob*



*ich nochmal einen anderen Arzt finde, da sie auch keine Hausbesuche machen wollen und im Ernstfall brauche ich jemanden, der Hausbesuche auch macht, wenn die Leute nicht mehr in der Lage sein sollten, den Gang zum Arzt zu schaffen körperlich.“ (SiA09, 710-722)*

Die Leiterin eines Betreuten Einzelwohnens berichtet, dass durch niedergelassene ÄrztInnen zwar keinerlei Vermittlung in ihre Einrichtung stattfindet; jedoch funktioniere die Zusammenarbeit im Hinblick auf KlientInnen, die bereits im Betreuten Einzelwohnen seien, sehr gut (SiA05, 144-156).

### Substitution

Für opioidabhängige ältere Menschen stellt sich insbesondere der Zugang zur ambulanten fachärztlichen medizinischen Versorgung als schwierig dar. Substituierte PatientInnen haben über die Substitution zwar eine Hausärztin oder einen Hausarzt, den sie in der Regel mindestens wöchentlich sehen. Wenn sie fachärztliche Versorgung benötigen, stehen sie jedoch vor ähnlichen Problemen wie andere Abhängigkeitserkrankte Ältere: langen Wartezeiten, teilweise weiten Wegen und unter Umständen starken Vorbehalten auf Seiten der MedizinerInnen. Gleichzeitig bringen sie aufgrund der vielfachen Belastungen selbst häufig weniger Ressourcen mit, um diese Barrieren zu überwinden. Aspekte wie Mobilitätsbeeinträchtigungen oder schlechte Vorerfahrungen mit ärztlichen Vorbehalten können die bei manchen ohnehin geringe Motivation, fachärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, weiter mindern. Die Psychosoziale Betreuung kann dann eine entscheidende Rolle für den Zugang zu fachärztlicher Versorgung spielen:

*„Die (Substituierten) haben meistens ne gewisse Scheu davor, zu Fachärzten zu gehen, die Fachärzte, wenn sie mitkriegen, mit wem sie es zu tun haben, sind auch manchmal ein bisschen mit Vorbehalten unterwegs, dann klappt was nicht gleich und dann heißt es, ich hab es gleich gewusst (...). Also wir sind Übersetzer und Vermittler häufig in solchen Geschichten oder begleiten Leute einfach da hin oder bis dahin, dass wir mit anderen Ärzten Kooperationen pflegen und sagen, ah ich hab wieder jemanden, sie erinnern sich, mit Herrn X. haben wir das gut hingekriegt, wir begleiten wieder beim ersten Mal usw., das wir einfach durch das wie wir die fachärztliche Behandlung anbahnen die Hürden runternehmen. Das dient allen Seiten, der Facharzt ist eher bereit, die Leute zu behandeln und unsere Leute kommen überhaupt erst mal an.“ (SiA02, 165-179)*

Die Mitwirkung der PatientInnen bleibt zwar notwendig; aber die PSB kann beispielsweise durch telefonische Erinnerungen und ähnliches die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Betroffenen vereinbarte Termine auch wahrnehmen (SiA02, 391-396).

### Wohnungslosigkeit

Auch der Mitarbeiter einer Unterkunft für wohnungslose Menschen sieht in der medizinischen Versorgung „natürlich ein ganz großes Thema“ (SiA22, 824-845). Die Einrichtung kooperiert mit zwei AllgemeinmedizinerInnen, die unter Einbeziehung einer Krankenschwester

des im Haus versorgenden ambulanten Pflegedienstes eine regelmäßige Sprechstunde vor Ort abhalten (SiA22, 824-845). Die fachärztliche Versorgung zu organisieren sei arbeits- und personalaufwändig, insbesondere, wenn Besuche begleitet werden müssen, ließe sie sich mit den vorhandenen Möglichkeiten nur schwer sicherstellen (SiA22, 845-853):

*„Wir haben jetzt einen Bewohner, der schon ganz lange bei uns ist und jetzt ein ganz schlimmes neurologisches Problem hat, der muss jetzt zur Abklärung in die neurologische Ambulanz ins Krankenhaus (Name), das ist fast (nennt Randbezirk) unten. Das hilft nichts, da müssen wir ihn begleiten, ja? Das ist also oft sehr aufwändig, weil das ist Stunden, kostet Stunden und wenn dann noch einer krank ist und einer im Urlaub ist, wir können ja auch nicht die ganzen Bewohner hier auch alleine lassen, das geht ja nicht“. (SiA22, 845-853)*

### Chronische Abhängigkeit und fehlende Abstinenz

Ein Interviewpartner, der chronisch mit wiederkehrenden Phasen einer alkoholbezogenen Störung lebt, bestätigt einige der beschriebenen Zugangsbarrieren und relativiert für seinen Fall die potenzielle Rolle der MitarbeiterInnen des betreuten Wohnens. So schildert er, wie schwierig es für ihn war, einen geeigneten Arzt für die Behandlung seiner Diabeteserkrankung zu finden. Es habe fast fünfzehn Jahre gedauert, bis der den „richtigen“ Arzt gefunden habe. Zu anfangs seien die Ärzte immer nett gewesen, aber er habe Schwierigkeiten, „sich bestimmten Ärzten anzupassen“ (SiA24, 62-64). Seine Kritik an ÄrztInnen stimmt mit häufig geäußerten Beschwerden älterer Menschen ohne Abhängigkeitserkrankung überein: Ihn stört es, wenn ÄrztInnen keine Zeit haben, Fachausdrücke verwenden und ihm „immer wieder unterschiedliche Medikamente verschreiben“ (SiA24, 120-129).

Die Wünsche des Interviewpartners ähneln denen, die viele andere ältere PatientInnen hegen: Er wünscht sich einen medizinischen Dienst, der kompetent sei, mit ihm in „normaler“ Sprache spreche und ihn zum Arzt begleite (SiA24, 120-129). Die MitarbeiterInnen des betreuten Wohnens könnten bei der Suche nicht helfen, weil sie keine MedizinerInnen seien (SiA24, 120-129). Zum Zeitpunkt des Interviews fehlt dem Interviewpartner, der ein Restless-Legs-Syndrom und eine Polyneuropathie als Folge der langjährigen Diabeteserkrankung beklagt, ein Neurologe, da seine Medikamente zur Neige gingen (SiA24, 68-69). Mit seinem „Leberarzt“, einem Internisten, ist er sehr zufrieden. Die Passung scheint zu stimmen und der Mediziner den richtigen Ton zu treffen; allerdings sei dieser Arzt selbst bereits älter (SiA24, 80-85). Ratschläge dieses Arztes nimmt der Interviewpartner ernst (SiA24, 136-138), während er die Kompetenz vieler anderer ÄrztInnen in Zweifel zieht, zumal, wenn diese als Ursache für gesundheitliche Probleme Alkohol vermuten (SiA24, 139-143). Auch mit PsychologInnen habe er noch keine guten Erfahrungen gemacht (SiA24, 144-151).

Das Beispiel dieses Interviewpartners zeigt, dass es an Haus- und FachärztInnen fehlt, die nicht abstinent lebende Abhängige versorgen, bzw. dass diese, wo vorhanden, von den Betroffenen mitunter nur schwer und nach teilweise jahrelanger Suche gefunden werden.

### **5.2.1.1 Zwischenfazit Versorgungslücken medizinische Versorgung**

Ältere Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind häufig stärker von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen als jüngere Abhängigkeitserkrankte. Der Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung gestaltet sich schwierig, insbesondere für mobilitätsbeeinträchtigte Ältere, solche mit chronischer und schwerer Abhängigkeitserkrankung (*early-onset*), Substituierte oder wohnungslose Menschen. Gründe hierfür sind Schwierigkeiten, behandelnde ÄrztInnen zu finden und zu erreichen (Wartezeiten auf Termine, weite Entfernungen, mangelnde Barrierefreiheit von Praxen, Schwierigkeiten mit der Kostenübernahme von Krankentransporten, Vorbehalte gegenüber chronisch und schwer erkrankten PatientInnen sowie Überforderung von ÄrztInnen). Vorhandene Potenziale der Weitervermittlung älterer abhängigkeitserkrankter PatientInnen aus dem ambulanten und stationären medizinischen Versorgungssystem in Angebote der Suchthilfe werden bisher erst ansatzweise umgesetzt. Insbesondere bei älteren PatientInnen, deren Alkoholabhängigkeit sich erst spät manifestiert, bestehen ungenutzte Gelegenheiten, über eine Ansprache und motivierende Gesprächsführung aus ambulanten und stationären Versorgungssettings frühzeitig Hilfen zugänglich zu machen. Notwendig hierzu wäre neben einer konsequenten Umsetzung von Sucht-Konsilen im stationären Bereich und einer entsprechenden Gestaltung von Organisationsabläufen insbesondere die weitere Sensibilisierung und Qualifizierung von ÄrztInnen und weiteren im medizinischen Versorgungssystem vertretenen Berufsgruppen zu Abhängigkeitserkrankungen Älterer.

## **5.3 Altenhilfe und Pflege**

### **5.3.1 Offene Altenhilfe**

#### **5.3.1.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung**

Die Bezirke weisen teilweise große Unterschiede hinsichtlich der Breite, Anzahl und Trägerchaft ihrer Angebote der offenen Altenhilfe auf. Während manche Bezirke noch selbst Kiezclubs, Seniorenfreizeitstätten oder -treffs finanzieren, haben andere Bezirke diesen Tätigkeitsbereich ganz in die Verantwortung freier Träger übergeben, welche wiederum mit unterschiedlicher finanzieller und personeller Ausstattung unterschiedlich umfangreiche Angebote machen.

Je nach Alter und Erwerbsbiografie sind für ältere Abhängige Arbeit, Beschäftigung oder aber andere Möglichkeiten der Tagesstrukturierung und Gestaltung der freien Zeit von großer Bedeutung.

Im Falle der Alkoholabhängigkeit stellt sich für die Betroffenen die Frage, wie sie abstinent leben und gleichzeitig „normal“ teilhaben können. Ein soziales Umfeld, in dem Abstinenz unhinterfragt akzeptiert wird, kann Betroffenen eine abstinente Lebensweise erleichtern.

Nach Einschätzung einer InterviewpartnerIn aus der ambulanten Alkohol- und Drogen-therapie fehle es an Orten und Veranstaltungen (Musik, Tanz), bei denen kein Alkohol konsumiert wird (SiA04, 323-329).

Ein Interviewpartner aus der Suchthilfeoordination berichtet über eine im Bezirk existierende offene Gruppe für alkoholabhängige ältere Menschen, die jedoch wenig bekannt und für viele Ältere nicht wohnortnah zu erreichen sei; zudem sei die Gruppe eingespielt, so dass Neuen ein Hinzukommen womöglich schwer falle. All dies seien Barrieren für die Inanspruchnahme, obwohl der Ort per Straßenbahn gut angebunden sei (SiA20, 506-514).

Die leitende Oberärztin einer suchtmedizinischen Abteilung sieht einen Bedarf, in bezirklichen Stadtteileinrichtungen Gruppen für abhängige und suchtgefährdete ältere Menschen anzubieten, denen sie im Prinzip die Funktion einer altersspezifischen Suchtberatung zuweist. Dort könnten Betroffene über Abhängigkeitserkrankungen und ihre Behandlung aufgeklärt werden und Hilfsangebote erhalten (SiA17, 668-680).

### **5.3.1.2 Zugangswege**

Seniorenfreizeitstätten und ähnliche Einrichtungen scheinen, darauf deuten die geführten Interviews hin, unterschiedlich offen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu sein. Seniorenfreizeitstätten können Orte sein, an denen eine Sensibilisierung und ein Zugang erfolgen können. Sie können jedoch auch Orte sein, an denen Abhängigkeitserkrankte Diskriminierung und Ausgrenzung, zumindest deutliche Abgrenzung erfahren (vgl. SiA20).

*„B1: In den Stadtteilzentren, wo ja eigentlich die offene Altenarbeit u. a. stattfindet, die sagen mir natürlich auch klipp und klar, ich will keine Säufer hier drin haben. Und wenn die denn vor der Tür sitzen und aufs Klo kommen, da laufen sie immer durch die Veranstaltung (...) nicht ganz zielsicher, das ist natürlich immer mit Theater verbunden. B2: Wenn ich Trinker bin, dann würde ich auch nicht in so ein Stadtteilzentrum gehen, weil ich hätte ja Angst, man würde mir das anmerken, also ich würde das meiden. Denn treffe ich mich doch lieber unter meinesgleichen.“ (SiA20, 498-506)*

Gleichzeitig haben Angebote der Suchthilfe insgesamt eher wenig Kontakt mit den allgemeinen Strukturen der offenen Altenhilfe. Besonders ausgeprägt scheint die Kluft zwischen offener Altenhilfe und Wohn- und Betreuungsangeboten für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte zu sein. Die Leiterin einer Einrichtung des betreuten Wohnens für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige, vorwiegend im Alkoholbereich, schildert, dass sich die Klienten, die sie betreut, ob konsumierend oder abstinent,

*„in der Regel (...) sich trotzdem nicht in diese (überlegt) – na wie sagt man – normalen Gruppen integrieren möchten. (...) Also sie schaffen schlecht die Anknüpfung an diese so vielen normalen Leute, die da sitzen. Zumindest ist es die Erfahrung, die wir mit unseren Klienten bis jetzt hatten. Möglich ist das bestimmt mit einigen, die das schaffen, die gesellig genug sind und auch nicht das Gefühl ha-*

*ben, dass sie irgendwie (überlegend lachend:) komischer sind als die anderen so, ja.“ (SiA05, 661-676).*

### **5.3.1.3 Inanspruchnahme und besondere Bedarfslagen**

Die Rückmeldungen über die Inanspruchnahme von Angeboten der Offenen Altenhilfe bzw. von Teilhabeangeboten oder in Stadtteilzentren deuten sowohl auf Unterschiede zwischen Bezirken als auch auf Unterschiede zwischen Einrichtungen hin.

Beiden Interviewpartnerinnen, die Stadtteileinrichtungen mit Angeboten der offenen Altenhilfe leiten bzw. koordinieren, ist bewusst, dass unter den NutzerInnen ihrer Einrichtungen auch ältere Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit sind. Sie unterscheiden sich jedoch im Umgang damit. Die eine Interviewpartnerin setzt darauf, möglichst wenig zu intervenieren, um keinen offenen Konflikt in der Einrichtung herbeizuführen; ihr eigentliches Ziel besteht in der möglichst konfliktfreien Öffnung der Einrichtung in die Nachbarschaft und für weitere Zielgruppen. Die Strategie der anderen Interviewpartnerin, die ebenfalls mittelfristig weitere Zielgruppen in der Nachbarschaft erreichen möchte, setzt auf eine nicht-repressive, von Akzeptanz getragene Thematisierung problematischen Alkoholkonsums und der mit ihm verbundenen Risiken sowie auf eine Veränderung der Rahmenbedingungen in der Einrichtung in Richtung auf einen bewussten Konsum bzw. die Normalisierung einer abstinenter Lebensweise. Die Umgangsweisen beider InterviewpartnerInnen werden im Folgenden ausführlicher beschrieben.

#### Konfliktvermeidendes Zulassen von Konsum

Die Leiterin eines von unterschiedlichen Gruppen bereits seit vielen Jahren eigenständig genutzten Stadtteiltreffs, sieht weder Möglichkeit noch Notwendigkeit im Hinblick auf den Alkoholkonsum einiger Gäste einzugreifen; wenn, dann seien die jeweiligen GruppenleiterInnen für das Thema Sucht zu sensibilisieren (SiA07, 100-109). Andererseits würde dies die betreffenden Gruppen möglicherweise verprellen und Widerstände wecken, welche die Leiterin der Einrichtung, die auf eine Öffnung der Einrichtung in die Nachbarschaft hinarbeitet, vermeiden möchte (SiA07, 110-122).

*„Ja, für mich auch immer das Ziel Nr. 1 ist, auch für die Nachbarn da zu sein, auch für die Mitarbeiter, die ja häufig auch ne Langzeitarbeitslosigkeit hinter sich haben und dann, wenn das so ein geschlossener Treffpunkt ist, wo es keine Begegnung zwischen Generationen, zwischen Kulturen gibt, also das ist eigentlich der Auftrag, den ich da sehe, Begegnungsort für Alt und Jung, Arm und Reich, Altberlinern und neu Zugezogenen zu schaffen. Also wenn das nicht stattfindet und das so wahrgenommen wird als nur: ‚da gehen wir billig einen heben‘ hat man halt das Gefühl, wir werden der Aufgabe nicht gerecht. Da ist natürlich die Frage, was macht man, verprellt man die Leute. Und schafft sich dadurch mehr Widerstand. Oder man lässt das halt so auslaufen und versucht nebenbei halt dann so einen offenen Treffpunkt zu etablieren.“ (SiA07, 110-122)*

Die Interviewpartnerin sieht jedoch bereits, dass mit einer solchen Öffnung Fragen nach dem tatsächlichen Ausmaß der Offenheit aufkommen würden:

*„Dann wird es wieder interessant, weil offener Treffpunkt, natürlich lädt der denn auch Leute ein, die halt so ein bisschen irgendwo an der Straßenecke sitzen, mal reinzukommen. Und da wird's dann spannend sein zu sehen, wie reagiert man aufeinander, in wie weit ist man offen, an welchen Stellen sagt man, naja, wir sind bedingt offen, für sie gibt's ein paar Straßen weiter ne Einrichtung. Ich denke in Zukunft wird das ein Thema sein.“ (SiA07, 110-128)*

Solche Fragen stellen sich der Einrichtungsleiterin insbesondere im Hinblick auf Wohnungslose. Zwar kennt sie selbst die Unterstützungseinrichtungen im weiteren Umfeld ihrer Einrichtung. Im Alltag fehlte es ihr bisher jedoch an der Zeit, diese Informationen an die MitarbeiterInnen weiterzugeben und auch, beispielsweise in Rollenspielen, einzuüben, wie den Betroffenen diese Möglichkeit vermittelt werden kann. Ihrer Erfahrung nach ist es für die Vermittlung auch hilfreich, die Einrichtungen einmal selbst besucht und MitarbeiterInnen kennen gelernt zu haben, weil man überzeugter vermitteln könne, wenn man das Angebot persönlich kennt (SiA07, 129-153).

#### Akzeptierende Thematisierung von Konsum und Ermöglichung von Abstinenz

Eine andere Interviewpartnerin ist Koordinatorin einer Stadtteileinrichtung, in der unterschiedliche Beratungs-, Teilhabe- und Dienstleistungsangebote für Seniorinnen und Senioren ihren Standort haben, und die viel von BewohnerInnen des benachbarten Seniorenwohnhauses genutzt wird. Auch eine Alkoholberatungsstelle unterhält Sprechstunden in dem Haus, und ein wöchentliches Treffen einer Gruppe trockener Alkoholiker, die starken Zulauf hätten (SiA06, 238-250).

Die Interviewpartnerin berichtet von Ansätzen in der Einrichtung, die Bedingungen für einen moderaten Alkoholkonsum sowie für eine abstinente Lebensweise zu verbessern (SiA06, 24-39). Die diesbezüglichen Aktivitäten fließen in die alltägliche Arbeit ein; sie selbst hat keine entsprechende Ausbildung, aber aus früheren Tätigkeiten als ausgebildete Altenpflegerin in Pflegeeinrichtungen viel Erfahrung mit Abhängigkeitserkrankungen gesammelt: Bei dem stark frequentierten Mittagstisch im Haus sei früher viel Alkohol ausgeschenkt worden. Das überarbeitete Cafeteria-Konzept sehe nun nur noch den Verkauf von Bier und Wein, nicht mehr von hartalkoholischen Getränken vor. Zu Tanzveranstaltungen würden manche Gäste zwar hartalkoholische Getränke mitbringen. Anfangs hätten sie diese jedoch „heimlich am Tisch“ konsumiert, worüber hinweggesehen worden sei; nun gingen sie dazu kurz vor die Tür, und insgesamt sei das Mitbringen von harten Alkoholika rückläufig. Hierzu hat nach Einschätzung der Koordinatorin auch der regelmäßige Hinweis beigetragen, dass die Einnahmen der Cafeteria dem gesamten Haus zugutekommen würden.

Die Interviewpartnerin betont, dass diese nicht-repressive Herangehensweise wichtig gewesen sei, um keine BesucherInnen zu verlieren. Die Entscheidung, die Einrichtung rauchfrei zu

machen, habe ebenfalls deshalb nicht zum Verlust von Gästen geführt, weil vor dem Haus Sitzgelegenheiten für die RaucherInnen geschaffen wurden.

Ergänzt werden solche Aktivitäten durch beiläufige Gesundheitshinweise im Alltag:

*„Weil wir auch darauf hinweisen, dass es einfach für ihre Medikamente auch besser ist, wenn sie davon wegkommen, dass sie einfach wirklich die Medikamente nicht mit einem Klaren, sondern mit Wasser nehmen usw. (...) Aber wir sehen das nicht so als Projekt an, das ist einfach, in unserer Arbeit fließt das einfach so ein.“  
(SiA06, 67-71)*

Gelegentlich finden – in der Regel gut besuchte – Informationsveranstaltungen in Kooperation mit dem im Bezirk ansässigen Klinikum statt, bei denen sich auch der zuständige Stadtrat einbringt (SiA06, 383-399); eine ähnliche Bedeutung prominenter Gäste für den Erfolg von Informationsveranstaltungen wurde auch aus einem anderen Bezirk berichtet (vgl. SiA20, 248-260).

In Einzelfällen, in denen BesucherInnen signalisieren, dass sie Hilfe benötigen, seien gute Erfolge möglich (SiA06, 461-467). Die Ansprache werde den Betroffenen erleichtert durch die offene Tür, Offenheit in Bezug auf die Thematik und die grundsätzliche Bereitschaft zu einem auch vertraulichen Gespräch (SiA06, 468-484). Ihr Hinweis, im Falle einer möglichen Suchtproblematik wende sie sich an die SozialarbeiterInnen im benachbarten Pflegestützpunkt (SiA06, 102-108), überrascht allerdings und verdeutlicht den engen Bezug der Interviewpartnerin zur Altenhilfe. Hilfreicher wäre, könnte sie in ein Angebot der Suchtberatung verweisen, welches sich speziell an ältere Menschen richtet. Ein solches Angebot fehlt allerdings in dem Bezirk, in dem ihre Einrichtung liegt (ist aber in der Suchthilferegion vorhanden).

Neben der auf einen bewussten Konsum ausgerichteten Bewirtschaftungsstrategie fällt insgesamt auf, dass die Interviewpartnerin die Suchthematik auch sonst im Blick hat und beispielsweise Mitarbeitende mit problematischem Konsum anspricht (SiA06, 135-176; 196-225).

Ähnlich wie die weitere von uns interviewte Einrichtungsleiterin steht auch die interviewte Koordinatorin vor der Herausforderung, parallel zu dem Betrieb mit den derzeitigen, das Haus bereits langjährig nutzenden Gruppen, eine weitere Öffnung in den umliegenden Kiez und für weitere Zielgruppen anzustoßen (SiA06, 428-434).

#### **5.3.1.4 Zwischenfazit Versorgungslücken offene Altenhilfe**

Treffs und Veranstaltungen, bei denen kein Alkohol konsumiert wird, fehlt es, ebenso wie Gruppen, die sich an alkoholabhängige ältere Menschen richten, zumindest teilweise an Bekanntheit. Nicht immer sind sie zudem wohnortnah und barrierefrei erreichbar. Genauer untersucht werden müsste, ob die vorhandenen Angebote inhaltlich den Interessen älterer Suchtmittelabhängiger entsprechen. Stadtteiltreffs werden bisher nur in Ausnahmefällen genutzt, um ältere Menschen über einen verantwortlichen Suchtmittelkonsum (Prävention),

Abhängigkeitserkrankungen im Alter und Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Das Beispiel einer Einrichtung zeigt, dass auf dieser Ebene Handlungsmöglichkeiten bestehen. Durch die nachhaltige Implementierung stärkend-akzeptierender, nicht-repressiver Leitlinien und Umgangsweisen in die allgemeinen Abläufe im Einrichtungen lassen sich die Rahmenbedingungen dafür schaffen, Abstinenz diskriminierungsfrei zu ermöglichen. Um MitarbeiterInnen, Ehrenamtliche und NutzerInnen von Einrichtungen nicht zu überfordern, ist bei entsprechenden Vorhaben eine enge Vernetzung mit den Suchtberatungsstellen zu empfehlen.

### 5.3.2 Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte sind derzeit (noch) kein verbreiteter Zugangsweg in die Suchthilfe. Es lassen sich zwei gängige Beratungsformate der derzeit 35 Pflegestützpunkte in Berlin für Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen unterscheiden: die einmalige, häufig auch telefonische Beratung zu Anliegen von Betroffenen oder Angehörigen einerseits sowie ein Case Management, d. h. ein über mehrere Beratungstermine reichender Prozess der Unterstützung bei der Gestaltung des individuellen Versorgungsarrangements.

Das Thema Sucht taucht in der Arbeit der Pflegestützpunkte meist im Rahmen des Case Managements auf, wo die Suchtproblematik eher im Zusammenhang mit anderen Themen „heraus“ kommt oder sichtbar wird, beispielsweise bei der Abklärung der medikamentösen Versorgungssituation oder weil die Folgen – beispielsweise häufige Stürze – sichtbar werden (SiA11a, 14-22; SiA13, 5-11). Bei Hausbesuchen schaue „*man ja nicht in den Schrank*“ (SiA11a, 27-31). Zu dem Thema würden auch kaum bis gar keine direkten Anfragen gestellt (SiA11a, 1-35; SiA11b, 50-52; SiA15, 150-159). Gelegentlich fielen BeraterInnen in Beratungssituationen leere Alkoholflaschen auf oder dass pflegende Angehörige nach Alkohol riechen oder das Thema anrissen, ohne wirklich darüber zu sprechen (SiA12, 1-7). Eine mögliche Suchtproblematik werde von den BeraterInnen dennoch nur angesprochen, wenn die ratsuchende Person dies explizit wünscht (SiA11b, 50-55). Die Thematik schwinde eher „*versteckt mit*“ und komme insgesamt selten vor (SiA11b, 60-61).

Eine andere Pflegestützpunktmitarbeiterin berichtet ebenfalls von ihrem eher zurückhaltenden Vorgehen. So sehe sie zwar die Notwendigkeit, einzugreifen, „*wenn die pflegenden Angehörigen berichten, dass die Pflegebedürftigen (...) ihrer Meinung nach zu viele Suchtmittel konsumieren*“, was aber in der Praxis kaum, und dann nur im Rahmen von Case Management geschehe (SiA12, 8-13). Im Falle indirekter Signale plädiert sie dafür, im Team die Bedeutung der Signale zu prüfen und fachlich abzuwägen, ob das Thema angesprochen werden soll (SiA12, 14-19), „*damit die PflegeberaterInnen nicht fälschlicherweise etwas vorschlagen, dass diejenigen völlig schockiert*“ (SiA12, 62-63) und beschreibt, wie die Ansprache, evtl. nach einem Folgetermin (SiA12, 65) möglichst vorsichtig geschehen kann (SiA12, 45-55). Bei direkten Signalen sei es wichtig, die Thematik auf jeden Fall anzusprechen (SiA12, 20-24).

*„Und abends trink ich dann meine Bierchen‘, dann geht bei den BeraterInnen die rote Lampe an, um dann, nachdem man zunächst Entlastungsmöglichkeiten aufgezeigt hat, anzudeuten, dass ein Gespräch mit dem Hausarzt vielleicht nicht ver-*



*kehrt wäre, weil Alkohol im zunehmenden Lebensalter anders wirkt und nicht mehr so gut vertragen wird wie früher, und über eine Sensibilisierung den Angehörigen zu ermuntern, das Gespräch darüber auch mit dem Hausarzt zu suchen. Denn es gibt sehr positive Statistiken über Erfolge, wenn Hausärzte das ansprechen, sofern es nicht schon eine erhebliche Abhängigkeit ist, aber wo es schon gefährdender Konsum ist, wo die Menschen durch die ärztliche Unterstützung und das Aufzeigen der Gefahren häufig auch ihr Verhalten schon wieder ändern.“ (SiA12, 45-55)*

Der Fokus der Beratung liege auf der Unterstützung in der Pflegesituation; eine womöglich zuvor schon „drumherum“ entwickelte Problematik, „nämlich der riskante Konsum oder auch schon eine jahrelange Abhängigkeit oder anderes, das ist erst der zweite Themenfokus“ (SiA12, 72-75). Auch Angehörige, die Alkohol thematisieren, seien eher bestrebt,

*„den Alltag zu regeln als jetzt die Sucht als solche zum Thema zu machen und sich da nochmal eine gezielte Beratung zu holen, das ist eher selten, eher vielleicht nochmal eine Selbsthilfegruppe, so etwas. Also, das ist auch selten natürlich Thema. Aber das ist schon eher nochmal, dass so etwas nachgefragt wird. Ja, also ich glaub Zugang, zumindest über uns, ganz- also eher nicht mit uns verbunden, das Thema, würde ich sagen. Das ist ein Begleitthema.“ (SiA14, 197-205)*

Falls sich suchtspezifischer Handlungsbedarf ergäbe, seien dem Pflegestützpunkt dank der Schulung zur suchtspezifischen Pflegeberatung die notwendigen Ansprechpartner bekannt (SiA11a, 23-26). Für die Vermittlung in Leistungen der Eingliederungshilfe müssten Fälle allerdings dem bezirklichen Steuerungsgremium vorgestellt werden, was lange dauere (SiA11b, 43-49).

Zur Schulung der Mitarbeitenden der Berliner Pflegestützpunkte wurde von der AOK Nordost und der Fachstelle für Suchtprävention eine eintägige Qualifizierung „Suchtsensible Pflegeberatung“ entwickelt. Ziel war eine Sensibilisierung der in der Beratung Tätigen, die in ihrer Lotsenfunktion gestärkt werden sollten, ohne sie angesichts der bereits existierenden Fülle an Aufgaben und Zielgruppen zu überfordern (SiA15, 13-22) – ein Prozess, der nur allmählich vorstattengehen kann (vgl. auch Kapitel 5.3.2).

### **5.3.2.1 Zwischenfazit Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte**

Die Potenziale der Pflegestützpunkte für die Ansprache und ggf. Vermittlung in die Suchthilfe sind noch nicht ausgeschöpft. Vor dem Hintergrund der wahrgenommenen eigenen Ferne der PSP zum Thema „Sucht im Alter“ scheint die eingeschlagene Strategie einer Sensibilisierung für die Thematik sinnvoll. Das Beispiel der Bezirke, in denen Sucht im Alter im gerontopsychiatrischen Verbund stark thematisiert wird, zeigt die Potenziale solch verstärkter Vernetzungsbemühungen zwischen Alten- und Suchthilfe. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Thematisierung von Sucht im Alter zusammen mit Aktivitäten der Qualifizierung, Beratung und Vernetzung Zugangsbarrieren vermindern kann, die in der kulturellen und personellen Distanz zwischen Alten- und Suchthilfe begründet sind.

### 5.3.3 Ambulante und stationäre Pflege

#### 5.3.3.1 Angebotsstruktur und Zielsetzung

Gemäß §2 Abs. 1 SGB XI sollen die Leistungen der Pflegeversicherung

*„den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.“ (§2 Abs. 1 SGB XI)*

Als pflegebedürftig gelten Personen,

*„die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (...) der Hilfe bedürfen.“ (§14 Abs. 1 SGB XI)*

Pflegebedürftige werden nach dem Grad ihres Hilfebedarfs einer von drei Pflegestufen (ab 01.01.2017 einem von fünf Pflegegraden) zugeordnet (vgl. §15 bzw. §17 SGB XI).

Laut Pflegestatistik gab es im Jahr 2013<sup>32</sup> 567 ambulante Pflegedienste in Berlin, durch die 27.769 Pflegebedürftige betreut wurden; knapp 60% der Pflegebedürftigen waren in die Pflegestufe I eingestuft, 31% in Pflegestufe II und 10% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen hatten Pflegestufe III (Statistisches Bundesamt 2016a, 6, 8). Für das Jahr 2013<sup>33</sup> weist die Statistik für Berlin 378 stationäre Pflegeheime für ältere Menschen, Behinderte, psychisch Kranke, Schwerkranke und Sterbende mit insgesamt 33.854 Plätzen aus (inklusive Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege) (Statistisches Bundesamt 2016b).

Einzelne Pflegeanbieter in Berlin haben sich auf die Versorgung von abhängigkeiterkrankten älteren Menschen spezialisiert oder versorgen diese Zielgruppe explizit<sup>34</sup> und sind mit diesem Schwerpunkt teilweise auch im Hilfelotsen – der von den Pflegestützpunkten gepflegten Datenbank über Unterstützungsangebote für Ältere – vermerkt (SiA14, 78-87). Im Wegweiser für die Suchthilfe und Suchtprävention der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sind Pflegedienste mit einer Spezialisierung auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankung bisher nicht aufgeführt (SenGesSoz 2015b).

Nach Einschätzung einer Interviewpartnerin, die die Entwicklung der Schulung mit initiiert hat, verfügen nur sehr wenige stationäre Pflegeeinrichtungen über eine Konzeption zum Umgang mit Alkohol.

---

<sup>32</sup> Stichtag 15.12.2013.

<sup>33</sup> Stichtag 15.12.2013

<sup>34</sup> Die Leiterin eines Betreuten Einzelwohnens hat die Erfahrung gemacht, dass bei manchen Anbietern, die eine entsprechende Spezialisierung angeben, diese auch so wahrnehmbar sei; bei anderen sei das hingegen nicht der Fall (SiA05, 364-367).

Es gebe einige wenige Pflegeeinrichtungen in Berlin, die auf KonsumentInnen illegaler Drogen eingestellt seien, die „im normalen Pflegeheim“ nur selten bzw. wenn dann häufig nur übergangsweise „ankommen“ (SiA02, 323-339).

Ein spezifisches stationäres Angebot sind Wohneinrichtungen und Pflegestationen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA). Pflegestationen werden über die Leistungen der Pflegeversicherung, ergänzt durch private Zuzahlungen oder Hilfe zur Pflege, finanziert (SiA10, 405-409). Es gibt sowohl abstinenzorientierte als auch nicht-abstinenzorientierte Angebote.

### **5.3.3.2 Zugangswege in die ambulante Pflege**

Für den Zugang älterer alkoholabhängiger PatientInnen zu ambulanten Pflegeleistungen spielt die Suchthilfe, so die Erfahrung des interviewten Sozialarbeiters eines ambulanten Pflegedienstes, bisher eher eine geringe Rolle. Hauptansprechpartner, wenn es um eine neue Versorgung oder Beratung potenzieller KlientInnen gehe, seien die Sozialpsychiatrischen Dienste (SiA08, 44-52). Auch von Pflegestützpunkten erhält der Interviewpartner regelmäßig Anfragen (SiA08, 55-59).

Die Interviews deuten auf Unterschiede im Zugang zu ambulanter pflegerischer Versorgung für ältere Menschen mit einer *early-* bzw. *late-onset*-Abhängigkeit hin. So erfolge insbesondere bei den schwerer Betroffenen (*early-onset*) der Zugang zu pflegerischen Leistungen häufig erst im Zuge einer krisenhaften Entwicklung (SiA08, 26-33, 52-54).

*„Tatsächlich hat man das Gefühl, dass der Personenkreis so ein bisschen durch das Hilfesystem durchfällt und die Leute, wenn wir da ne Anfrage bekommen schon meist ziemlich hilflos (sind) und starke körperliche Einschränkungen haben. Und oftmals ist der Sozialpsychiatrische Dienst ein wichtiger Ansprechpartner für uns, die dann meist gerufen werden auch von der Polizei, irgendwie mit hinzugezogen werden, wenn jemand hilflos aufgefunden wird oder wenn klar wird, jemand in ner verwahrlosten Wohnung oder so und dann wird ne Hilfe notwendig.“*  
(SiA08, 26-33)

Mit Blick auf ältere, nicht abstinent lebende alkoholabhängige Menschen, die erst im hohen Alter abhängig werden (*late-onset*), vermutet die Leiterin einer Wohneinrichtung, dass diese sich mit ambulanter Hauskrankenpflege und über private Netzwerke vermutlich noch relativ lange in der eigenen Wohnung halten könnten (SiA09, 652-657). Ihre im Vergleich zu früh Erkrankten bessere soziale Eingebundenheit erhöht die Chancen, frühzeitig Unterstützung zu erhalten, stellt dies jedoch keineswegs sicher. Insbesondere für alleinstehende ältere Frauen, die spät eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln, zeichnen sich Risiken ab, notwendige Hilfen zu spät zu erhalten.

Bei Opioidabhängigen bzw. Substituierten erfolgt der Zugang zu ambulanten pflegerischen Versorgungsleistungen nach Einschätzung des Interviewpartners aus der integrierten Drogenhilfe häufig unterstützt durch die PSB (SiA02, 275-294).

### **5.3.3.3 Zugangswege in die stationäre Pflege**

An Bedeutung gewinnt zudem der Zugang aus der Eingliederungshilfe: Mit dem Älterwerden von BewohnerInnen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass diese pflegebedürftig werden, z. B. mit dem Auftreten von Kontinenzproblemen. Die Träger der Eingliederungshilfe suchen dann andere Betreuungsformen (SiA10, 209-215). Die Leiterin eines Alkohol akzeptierenden Wohnangebotes der stationären Eingliederungshilfe für Menschen mit Alkoholabhängigkeit berichtet, dass bei größer werdendem Pflegebedarf – wenn die Ziele der Eingliederungshilfe nicht mehr erreicht werden könnten, weil die Assistenz beim Waschen und der Ernährung im Vordergrund stünde – immer wieder Umzüge in Pflegeeinrichtungen angebahnt würden; der Alkoholismus stünde dann nicht mehr im Vordergrund, da „*die Leute sich dann wirklich auch nichts mehr zu trinken holen bzw. nicht mehr holen können*“ (SiA09, 681-697).<sup>35</sup> Mit dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit werden die Möglichkeiten der Selbstbestimmung also drastisch beschnitten.

### **5.3.3.4 Inanspruchnahme und Versorgungsprobleme**

Laut einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten repräsentativen Erhebung in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen schätzen Pflegekräfte, dass ca. 14% der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben (Kuhn & Haasen 2009, 15). In „Alten- und Pflegeheimen“ ist der durchschnittliche Anteil alkoholabhängiger älterer Menschen höher als in Privathaushalten. Zudem sind diese bei Heimeintritt wesentlich jünger als Menschen, die nicht alkoholabhängig sind (Weyerer et al. 2006). Die Wahrscheinlichkeit, dass ambulante und stationäre Pflegeanbieter unter ihren KlientInnen auch solche mit einer alkoholbezogenen Störung haben, ist also groß. Für opioidabhängige und substituierte Personen ist aufgrund von deren geringer Zahl keine Schätzung möglich. Doch auch diese werden von spezialisierten und – vermutlich seltener – auch unspezialisierten Pflegediensten versorgt. Letzteres könnte insbesondere für die Gruppe derjenigen Opioidabhängigen gelten, die alt geworden sind, ohne das Suchthilfesystem in Anspruch zu nehmen.

Der Sozialarbeiter eines unter anderem auf PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen spezialisierten Pflegeanbieters schätzt, dass ca. 25% der von ihm betreuten Klienten alkoholabhängig seien; opioidabhängige PatientInnen werden von diesem Anbieter nur sehr wenige betreut (SiA08, 15-25). Während bei den alkoholabhängigen PatientInnen aufgrund des meist großen Unterstützungsbedarfs viele Hilfen, beispielsweise im Bereich Hauswirtschaft, Körperpflege und bürokratische Angelegenheiten anfielen, läge bei den opioidabhängigen PatientInnen der Hilfebedarf eher im Bereich der Kontrolle der Medikamentengabe und im Kontakt zu den behandelnden ÄrztInnen (SiA08, 15-25).

Eine bedarfsgerechte, an der Selbstbestimmung der PatientInnen orientierte pflegerische Versorgung von älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bringt spezifische Anfor-

---

<sup>35</sup> Der Entzug erfolgt dann in der Einrichtung, sofern nicht ein Arzt Entzugserscheinungen wie epileptische Anfälle oder ein Delir befürchtet, so dass der Entzug stationär betreut werden muss (SiA09, 698-709).

derungen an die Pflegeanbieter mit sich, auf die im Folgenden detaillierter eingegangen wird. Da im ambulanten und stationären Bereich ähnliche Anforderungen bestehen, erfolgt die Darstellung zunächst für beide Versorgungsbereiche gemeinsam; im Anschluss werden einige spezifische Versorgungsprobleme für den ambulanten bzw. stationären Bereich ausgeführt.

### Übergreifende Versorgungsprobleme in der Pflege

#### Erkennen von Abhängigkeitserkrankungen

Die unter anderem in der Beratung von Anbietern erfahrene Interviewpartnerin weist darauf hin, dass Folgen der Sucht oder Folgeerkrankungen in Pflege und Altenhilfe häufig nicht als solche erkannt würden. So würden beispielsweise kognitive Einschränkungen oder häufige Stürze nicht auf einen möglichen Konsum zurückgeführt (SiA14, 173-189; SiA21 256-269). Viele Pflegeanbieter, die sich dem Thema annähern, würden sich Hilfen wünschen, Abhängigkeitserkrankungen bei PatientInnen besser erkennen zu können, z. B. durch eine Checkliste. Andererseits würde die Abhängigkeit an bestimmten Auffälligkeiten im Verhalten wie Alkoholgeruch, herumstehenden Flaschen oder Unzuverlässigkeit bei der Einhaltung von Terminen durchaus in manchen Fällen wahrgenommen (SiA19, 490-496). MitarbeiterInnen seien jedoch häufig unsicher und scheuten es, das tabuisierte Thema anzusprechen aus Sorge, man könnte die Klienten verprellen (SiA21, 246-258).

#### Vermittlung in suchtbezogene Hilfen

Anforderungen an eine suchtsensible Pflege kommen in einer Situation allgemein hoher Arbeitsdichte in der ambulanten und stationären Versorgung zu den grundsätzlich bestehenden Anforderungen hinzu (SiA15, 223-230). In den Minutenvorgaben in der ambulanten Versorgung seien Gespräche „über ein Suchtthema mit den Älteren, die man zu Hause pflegt“, „überhaupt nicht vorgesehen“ (SiA01, 156-164). In der Regel stehen hierfür keine gesonderten Mittel zur Verfügung. Selbst, wenn ambulante Pflegeeinrichtungen Beratungsstellen oder Angebote im Stadtteil kennen würden, läge es nicht in ihrer Zuständigkeit, die Betroffenen dorthin zu bringen (SiA20, 458-461). Für solche Situationen scheinen Angebote der aufsuchenden Suchthilfeberatung, wie sie in Treptow-Köpenick und Tempelhof-Schöneberg existieren, ein vielversprechender Lösungsansatz zu sein, sofern sie den ambulanten Pflegeeinrichtungen bekannt sind und diese die zeitliche Möglichkeit haben, bei den Betroffenen das Einverständnis für eine Kontaktaufnahme einzuholen.

#### Abstinenzorientierung und Beschaffung von Alkohol

Der Mitarbeiter eines Wohnheims für obdachlose Menschen schildert, wie problematisch ein Umzug ins Pflegeheim für Bewohner seiner Unterkunft ist, wenn dort der Konsum von Zigaretten und Alkohol – anders als in der Wohnungslosenunterkunft – nicht erlaubt ist. Anders verhält es sich in dem in der Nähe der Wohnungslosenunterkunft gebauten Pflegeheim, welches der Träger betreibt, der auch die ambulante pflegerische Versorgung in der Wohnungslosenunterkunft übernimmt: dort seien das Rauchen und der Konsum von Alkohol erlaubt (SiA22, 407-418).

*„Und es sind natürlich auch Leute von uns da rüber gezogen, wenn die die Pflegestufe haben, genau wie in jedem Pflegeheim, das ist die Bedingung, die Pflegestufe. Und dann haben wir gesagt, die Menschen, die bei uns wohnen, die haben ein großes Problem, wenn sie plötzlich umziehen müssen, ausziehen müssen. Die haben hier ein Einzelzimmer, die dürfen rauchen in den Zimmern, die dürfen trinken, (...) und wenn die dann in die Pflegeheime kommen, dürfen die das alles nicht mehr. Rauchen nur, wenn sie eigenständig die Raucherecken aufsuchen können, das ist ja oft nicht mehr möglich, wenn die eine Pflegestufe I haben, trinken ist oft sowieso nicht erlaubt- (...) Und da drüben alles. Da sind alles Einzelzimmer und man darf rauchen und auch trinken“ (SiA22, 407-418).*

Für Pflegeeinrichtungen stellt sich die Frage, ob, in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen Konsum toleriert oder auch aktiv ermöglicht wird, und wie mobilitäts- eingeschränkte Pflegebedürftige an Suchtmittel gelangen. Eine Frage, mit der MitarbeiterInnen von ambulanten und stationären Pflegeangeboten sowie alkoholabhängige pflegebedürftige Menschen immer wieder konfrontiert sind, ist die, ob auf Wunsch alkoholhaltige Getränke beschafft werden (SiA14, 160-166; SiA20, 76-77). In der Einrichtung des Interviewpartners aus der ambulanten Pflege wurde dies diskutiert und eine einheitliche Regelung getroffen: In der Versorgung alkoholabhängiger PatientInnen kaufen die MitarbeiterInnen entgegen der Anweisung des Klienten oder der Klientin keine hartalkoholischen Getränke ein, *„was dann natürlich auch zu Spannungen führt“* (SiA08, 143). Mit Blick auf die Wahrung der Selbstbestimmung der PatientInnen und individuelle, ethisch begründete Fallentscheidungen zeigt sich hier ein Bedarf, Einrichtungen bei der Entwicklung von Strategien für einen differenzierten Umgang mit solchen Fragen zu begleiten und diese gegebenenfalls immer wieder zu diskutieren.

Von großer Bedeutung ist die Auseinandersetzung der MitarbeiterInnen mit der Thematik. Auch in Pflegeeinrichtungen gebe es Vorurteile über Abhängigkeitserkrankungen und - erkrankte (SiA01, 176-178). Auch werde es teilweise als Kränkung erlebt, wenn jemand in der eigenen Einrichtung eine Abhängigkeitserkrankung hätte, bzw. trinke. Dies sowie die Sorge vor einem „Imageproblem“ seien mögliche Anreize, alkoholbezogene Störungen in der eigenen Einrichtung zu vertuschen (SiA01, 180-184). Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen müsse zudem unter der erschwerenden Bedingung von Zeitknappheit erfolgen, sei aber ein Prozess, der Zeit benötige (SiA01, 180-182).

Als notwendig erweist sich ein stärker konzeptioneller Zugriff der Altenhilfe auf den Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen älterer Menschen. Derzeit sei der Umgang sehr heterogen. Zu diskutieren ist, wie Standards und konkrete Regelungen, z. B. zum Kauf oder der Ausgabe von Alkohol oder zur Kooperation und Ansprache von BewohnerInnen mit Suchtproblematik entwickelt werden können, um die Handlungssicherheit der MitarbeiterInnen zu stärken (SiA21, 283-298). Sinnvoll sei es zudem, die Sozialarbeit in Einrichtungen zu stärken, um Konsum und Pflegebedarf zu reduzieren (SiA21, 274-282).

### Planung und Durchführung der Pflege

Ein weiteres Problem, auf das MitarbeiterInnen von Pflegediensten sowie PatientInnen stoßen, entsteht, wenn die Versorgung zu einem für die Pflegebedürftigen kurzfristig unpassenden Zeitpunkt geplant ist, die betroffene Person alkoholisiert mit den Vorstellungen der Pflegekräfte konfrontiert wird und sich die Frage stellt, ob in einer solchen Situation die Pflege erbracht werden soll und beispielsweise Medikamente gefahrlos eingenommen werden können (SiA20, 70-94). Auch im Hinblick auf die Versorgung in Pflegeheimen müsste nach Einschätzung der leitenden Oberärztin einer Suchtklinik stärker im Blick behalten werden, welche Implikationen beispielsweise die Alkoholabhängigkeit einer Patientin für deren medikamentöse Versorgung haben sollte (SiA17, 61-66).

Zu solchen Konstellationen, so die Zielsetzung der Qualifizierung zur suchtsensiblen Pflege, sollten sich Pflegeeinrichtungen durch die bezirklichen Suchtberatungsstellen beraten lassen können, z. B. im Rahmen einer Teamsitzung (SiA20, 458-478). Solche Beratungsmöglichkeiten werden von ambulanten Pflegeeinrichtungen, darauf deuten die geführten Interviews insgesamt hin, bisher jedoch keineswegs selbstverständlich genutzt. Auch wird die Frage aufgeworfen, ob die MitarbeiterInnen der Suchtberatungsstellen hierfür ausreichend vorbereitet sind und über entsprechende Kapazitäten verfügen (SiA21, 102-108; 680-696).

Für ambulante Pflegedienste sei es schwierig, Ressourcen und Arbeitsprozesse zu planen, wenn KlientInnen die Erbringung von Hilfen ablehnen, mehrmals im Jahr zur Entgiftung im Krankenhaus sind oder einen nicht vorhersehbaren Hilfebedarf haben, z. B. durch zeitweise Inkontinenz bei Alkoholkonsum (SiA08, 96-132). Die Vergütungsmodalitäten in der ambulanten Pflege sind aufgrund der geringen Flexibilität nicht bedarfsgerecht für die wechselnden Versorgungsbedarfe alkoholabhängiger Älterer mit Pflegebedarf (SiA08, 96-132). In der ambulanten pflegerischen Versorgung Abhängigkeitserkrankter zeigen sich die fehlenden Spielräume im System der Pflegeversicherung, eine selbstbestimmte Lebensführung von Personen mit Pflegebedarf zu unterstützen (SiA08, 388-396).

Lange Bearbeitungszeiten von Anträgen auf Kostenübernahme bei Hilfe zur Pflege in den Sozialämtern und eine schlechte Erreichbarkeit erhöhen das ökonomische Risiko, das die Versorgung älterer Suchtmittelabhängiger für ambulante Pflegeanbieter mit sich bringt, da diese im Unklaren über Kostenübernahmen bleiben (SiA08, 416-426).

### Herausfordernde Verhaltensweisen

Pflegekräfte erlebten die Arbeit mit Menschen mit Alkoholabhängigkeit teilweise als sehr belastend: Gerade bei Alkoholabhängigkeit könne es vorkommen, dass Menschen sozial herausfordernde Verhaltensweisen zeigen und als aggressiv oder grenzüberschreitend erlebt werden. Teilweise fühlten Pflegekräfte sich hierdurch bedroht. Auch Auseinandersetzungen zwischen BewohnerInnen, eine geringe Körperhygiene oder herum stehende Flaschen können als Belastung empfunden werden. Ein Thema sei auch, wenn Pflegekräfte – insbesondere in der ambulanten Pflege – starkem Rauch ausgesetzt sind, was für Nichtraucher teilweise nicht leicht zu ertragen sei (SiA21, 161-183). Verschiedene InterviewpartnerInnen sprechen zudem die Problematik „anzügliche(r)“ Äußerungen von pflegebedürftigen älteren Männern

gegenüber – insbesondere jungen – weiblichen Pflegedienstmitarbeiterinnen an (SiA05, 346-372; SiA20, 65-70; SiA21, 161-183). Geriatriisch-gerontopsychiatrische Verbände oder Schulungen zur suchtsensiblen Pflege können Einrichtungen Möglichkeiten zum Austausch darüber bieten, wie Organisationen und MitarbeiterInnen mit solchen Schwierigkeiten umgehen können, um die Belastungen für MitarbeiterInnen möglichst gering zu halten, Gefahren abzuwehren und dennoch Selbstbestimmungswünsche der Pflegebedürftigen zu beachten.

### Qualifizierung

InterviewpartnerInnen mit Erfahrungen in der Pflege chronisch Abhängigkeitserkrankter mit mehrfachen Beeinträchtigungen sowie der Suchtprävention sehen einen großen Bedarf an suchtspezifischer Qualifizierung und Weiterbildung für Pflegekräfte im ambulanten und im stationären Bereich und empfehlen insbesondere gemeinsame Fortbildungen von Pflegeeinrichtungen mit MitarbeiterInnen der Suchthilfe (SiA10, 87-115, SiA21, 274-282). Auch eine stärkere Verankerung des Themas Sucht in der Ausbildung pflegerischer und medizinischer Berufe wird angeregt (SiA21, 274-282). Nicht zuletzt wäre eine Ausbildung in motivierender Gesprächsführung für Berufsgruppen wie (Fach-)ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen, die mit abhängigen oder abhängigkeitsgefährdeten Menschen zu tun haben, vorteilhaft (SiA21, 274-282).

### Schulung zur suchtsensiblen Pflege

Die von der Berliner Fachstelle für Suchtprävention in Kooperation mit der AOK Nordost entwickelte „Qualifizierung Suchtsensible Pflege“ umfasst Basisinformationen zum Thema Sucht im Alter, aber auch Fragen der Ansprache oder motivierenden Gesprächsführung. Sie wird durch die Bezirke den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen angeboten. Der im Zusammenhang mit der Qualifizierung entwickelte Leitfaden zur Suchtsensiblen Pflege zielt darauf, das Thema Sucht stärker als ein Handlungsfeld in Pflegeeinrichtungen zu tragen.

Die Nachfrage nach dem Qualifizierungsangebot scheint sich zwischen Bezirken zu unterscheiden. Nach Einschätzung aus der Alten- und der Suchthilfekoordination eines Bezirkes stelle der Zeitmangel des in der Pflege tätigen Personals eine Barriere für Pflegekräfte dar, an der Qualifizierung zur suchtsensiblen Pflege teilzunehmen (SiA20, 101-116, 270-272). Um die Veranstaltungen für diese Zielgruppe besser zugänglich zu machen, wird vorgeschlagen, die bisher eintägige Qualifizierung in mehrere Module aufzuteilen und diese auf mehrere Tage verteilt anzubieten. Dies würde es den Pflegeeinrichtungen erleichtern, eine oder gar mehrere MitarbeiterInnen zu der Qualifizierung zu entsenden (SiA20, 270-278). Unsicherheit besteht auch darüber, ob bei den Pflegeeinrichtungen Strukturen und Prozesse bestünden, die sicherstellten, dass das Gelernte tatsächlich wirkungsvoll innerhalb der Einrichtungen weitergegeben werde (SiA20, 270-284).

Die Fortbildung zielt vor allem auf eine erste Sensibilisierung von Leitungen und MitarbeiterInnen aus der ambulanten und pflegerischen Versorgung für das Thema Sucht im Alter (SiA15, SiA21). Sensibilisiert werden sollen jedoch auch die VertreterInnen der Suchthilfe, die auf Einladung der Fachstelle an den Fortbildungen teilweise als ReferentInnen mitwirken (SiA21). Indem die Fortbildungen ein gegenseitiges persönliches Kennenlernen ermöglichen,



dienen sie auch einem Brückenschlag zwischen dem Bereich der Alten- und der Suchthilfe und der Verminderung der oben angesprochenen professions- oder gegenstandsbezogenen „kulturellen“ Distanz zwischen Alten- und Suchthilfe. Zu beachten ist, dass die Sensibilisierung und Beratung zu Suchtthemen im Bereich der Altenpflege Zeit benötigt.

### Einstufung des Pflegebedarfs

Wiederholt wird problematisiert, dass bei der Einstufung von Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen im Rahmen der Pflegeversicherung die suchtspezifischen Beeinträchtigungen unzureichend berücksichtigt würden. Die Selbstständigkeit und Unterstützungsbedarfe der Betroffenen variieren in Abhängigkeit vom Alkoholkonsum, so dass eine Einstufung den tatsächlichen Pflegebedarf unzureichend abbildet (SiA08, 109-117; SiA21, 55-63). Das pflegerische Leistungssystem biete bisher zu wenig Flexibilität, um auf diese Schwankungen einzugehen (ebd.). Problematisiert wird auch, dass der bisherige Fokus auf körperliche Beeinträchtigungen und die mangelnde Berücksichtigung psychischer und kognitiver Fähigkeiten bei der Einstufung in die Pflegeversicherung zu niedrigen Pflegestufen oder im Einzelfall gar zu der Einschätzung führe, es liege kein Pflegebedarf vor, obgleich jemand intensive Begleitung benötige (SiA08, 211-232, SiA10, 348-466, 417-437; SiA11b, 36-38; SiA22, 854-868). Man könne zwar Widerspruch gegen die Entscheidung des MDK einreichen, es würde allerdings sehr lange dauern, bis dieser bearbeitet würde (SiA10, 455-463).

*„Die (50-, 60- oder 70-jährigen Suchtmittelabhängigen) sind einfach krank und dann schaffen die das nicht mehr, die die schaffen einfach die Bewältigung des Alltags nicht mehr, die ganzen einfachsten alltagspraktischen Dinge. Körperhygiene, Zimmerhygiene, das kriegen die nicht mehr hin, ja. Und dann brauchen die Unterstützung, auch durch den Pflegedienst eventuell und dann kommt der MDK und dann sagen die, ‚also nee, Sie können doch alles alleine, ist doch überhaupt kein Problem‘. Manchmal auch aus diesem Impuls, dass die Leute gerade bei den Begutachtungen dann sagen, ‚Ja, das mache ich alles alleine. Brauch ich überhaupt keine Hilfe.‘ Nee, die wollen dann auch nicht gerne zum Beispiel Hilfe bei der Körperreinigung haben, das mögen die dann nicht, dann kommt eine Frau und dann müssen die sich da ausziehen, das ist ja auch oft schambesetzt, ja, das wollen die dann nicht, aber dann erwecken die den Eindruck bei der Begutachtung, dass die also noch durchaus in der Lage sind alles selbst zu regeln, auch wenn der Zustand des Zimmers genau das Gegenteil verrät. Aber das sehen die Gutachter nicht, ja, das ist, ich weiß nicht, das scheint Methode zu haben, dass man grundsätzlich gegen diese Bescheide in Widerspruch gehen muss“ (SiA22, 868-878).*

Dies kann zur Folge haben, dass in Einrichtungen trotz Einhaltung der Vorschriften zur Personalausstattung gemessen an der tatsächlichen Situation nicht ausreichend Personal für eine angemessene Versorgung finanziert wird (vgl. SiA10, 417-437). Auch für den stationären Bereich stellt sich die Frage, inwieweit das mit der Einführung der Pflegegrade vorgesehene neue Begutachtungsinstrument hier zu einer Änderung der Situation führen wird.

Mit Blick auf die anstehende Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade und dem in diesem Zusammenhang eingeführten neuen Begutachtungsinstrument stellt sich die Frage, ob dieses zu einer Änderung der Situation führen wird und in welche Richtung.

Bei den Pflegestützpunkten, die u. a. zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung beraten, scheint die Problematik der Einstufung bei Abhängigkeitserkrankungen bisher kaum präsent zu sein. Abhängige Menschen und ihre Angehörigen würden die Abhängigkeit nicht thematisieren. Abhängigkeitserkrankungen spielten in der Beratung z. B. für eine Antragstellung zur Pflegeversicherung oder für einen Schwerbehindertenausweis „*erstmal gar keine Rolle*“ (vgl. SiA13, 42-46).

### Substitution

Substituierte nehmen, so die Einschätzung in diesem Bereich tätiger Interviewpartner eher spezifische Pflegedienste und -einrichtungen in Anspruch, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe – beispielweise einen bestimmten Umgang mit Tabletten – spezialisiert und in der Betreuung Substituierter kompetent sind. Ein Träger vermittelt beispielsweise Klienten, die in eigener Wohnung oder bei Familienangehörigen leben, wenn hauswirtschaftliche Hilfen oder Behandlungspflege benötigt werden, auf diesen Personenkreis spezialisierte ambulante Dienste (SiA02, 276-300; 290-295). Der Pflegedienst kann im Falle von Mobilitätsbeeinträchtigungen dann auch das Substitut vergeben (SiA02, 315-318; SiA21, 189-195).

Verschiedene Interviewpartner weisen darauf hin, dass KonsumentInnen illegaler Drogen bzw. Substituierte es häufig jedoch ablehnten, in einer Pflegeeinrichtung zu leben, weil sie dies als Rückschritt und schwerwiegenden Verlust – häufig in langen Jahren mühsam erkämpfter – Handlungsautonomie erleben (SiA02, 368-382; SiA18, 339-351). Der Mitarbeiter eines in der Drogenhilfe tätigen Trägers verweist erklärend auf die vielfältigen und häufig negativen Erfahrungen der Klienten mit Institutionen:

*„Und ein Großteil unserer Klienten haben eben Erfahrungen in Institutionen, im Gefängnis, Therapieeinrichtungen, Wohneinrichtungen. Die wollen, wenn sie dann, (...) sich in der eigenen Wohnung dann doch irgendwann etabliert haben, nicht mehr kriminell geworden sind usw., also ein gewisses Level halten können, für die ist ein Einzug ins Pflegeheim doch erstmal assoziiert mit ‚wieder in eine Anstalt‘. Und wenn man jetzt überlegt, dass die in den jüngeren Lebensphasen vielleicht schon 10 Jahre oder Jahrzehnte in Einrichtungen verbracht haben, wo sie in ihrer Autonomie stark eingeschränkt waren, ist (ja) irgendwie klar, dass das das letzte ist, worauf die eigentlich Lust haben. Also Autonomie bewahren und bis zum letzten Tag alleine handlungsfähig sein ist eins der obersten Dinge und da unterscheiden sie sich glaub ich überhaupt nicht von der Restbevölkerung“ (SiA02, 368-378)*

## Ambulante Pflege

### Ambulante Pflege und Entwöhnung

In Rehabilitationseinrichtungen kann die Einbeziehung ambulanter Pflegeanbieter wichtig sein, um die Entwöhnungsbehandlung überhaupt zu ermöglichen (SiA03, 245-356). Auch für den Wechsel nach Hause im Anschluss an eine Entwöhnung kann die Unterstützung durch einen – für die Versorgung abhängigkeiterkrankter Älterer kompetenten – ambulanten Pflegedienst notwendig sein, um eine angemessene Versorgung sicher zu stellen und beispielsweise die Medikamenteneinnahme im Blick zu halten und zu vermeiden, dass diese mit Alkohol eingenommen werden (SiA17, 311-322).

### Ambulante Pflege in Wohneinrichtungen

In den Interviews wurde auch von Konstellationen berichtet, in denen ambulante Pflegedienste in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Wohnungslosenhilfe versorgten, teilweise ohne auf Abstinenz zu bestehen (SiA08, 26-40; SiA18, 329-434). Die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen in bestehenden spezialisierten Versorgungsangeboten, z. B. dem betreuten Einzelwohnen, kann den dort lebenden abhängigkeiterkrankten Älteren einen (längeren) Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglichen. Als problematisch erweist sich in manchen Fällen jedoch die Finanzierung (Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege). Manche Kostenträger (Sozialamt) drängten schnell auf eine stationäre Unterbringung (SiA09, 658-681).

### Psychosoziale Unterstützung für pflegebedürftige Abhängige

Pflegebedarf macht in der Regel auch den Zugang zu weiterer Versorgung nötig. Ältere abhängige Menschen sind häufig alleinstehend (vgl. Kapitel 4.1), so dass es keine Angehörigen gibt, die sie pflegerisch, bei der Einholung von Information oder der Beantragung von Leistungen unterstützen könnten. Die Unterstützung beim Zugang zu pflegerischer Versorgung muss in einem solchen Fall von anderer Stelle erfolgen. Hierfür ist von Bedeutung, dass die unterstützenden Stellen auch Pflegedienste oder Pflegeeinrichtungen kennen, die personell und fachlich in der Lage sind, auf die besonderen Bedürfnisse und Problemlagen abhängigkeiterkrankter Älterer einzugehen.

Bei substituierten älteren Abhängigen kann die PSB entsprechend unterstützen. Bei den älteren, nicht abstinenten Alkoholabhängigen fehlt ein Angebot, das diese Funktion ausfüllt, die sich zwischen dem bewegt, was Pflegestützpunkte im Case Management und SozialarbeiterInnen in ambulanten Pflegediensten leisten sollen.

### Vernetzung

Die Leiterin eines Angebotes des Betreuten Einzelwohnens fördert einen engen Austausch der KollegInnen im BEW mit Pflegediensten. Sofern eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt, die den Austausch mit dem Pflegedienst erlaubt, könnten die KollegInnen des BEW im Falle von Konflikten oder Unklarheiten zwischen KlientIn und Pflegedienst vermitteln (SiA05, 346-378). Auch im Falle von Problemen wie den oben angesprochenen herausfordernden Verhaltensweisen, insbesondere von männlichen Klienten (SiA05, 346-372; SiA20, 65-70;

SiA21, 161-183), die teilweise dazu führten, dass Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes Angst haben, in eine Wohnung zu gehen (SiA05, 346-386), können die MitarbeiterInnen des BEW beispielsweise durch direkte Ansprache des Klienten unterstützen, oder auch, indem sie den Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes geeignete Handlungsstrategien vermitteln und Lösungsvorschläge unterbreiten (Si05, 373-392).

### (Teil-)Stationäre Pflege

#### Tagespflege

Auch Tagespflegeeinrichtungen nach SGB XI können für ältere Menschen nach einer Abhängigkeitserkrankung in Frage kommen; teilweise gehörten sie dort zu den relativ gering Beeinträchtigten (SiA05, 309-320). Die Leiterin einer Einrichtung des betreuten Einzelwohnens schildert den Fall einer über 60-jährigen Klientin mit Doppeldiagnose, die viermal wöchentlich eine Tagespflegeeinrichtung besuche. Für behördliche und finanzielle Angelegenheiten erhalte sie in geringem Stundenumfang weiterhin Unterstützung durch den Träger. Dies sei notwendig, um eine erneute Verschlechterung der Situation zu verhindern (SiA05, 309-342). In der Tagespflegeeinrichtung bringe sie sich ähnlich ein wie zuvor in einer Kirchengemeinde, so dass sie eine Aufgabe und soziale Kontakte habe, was beides dazu beitrage, dass es ihr relativ gut gehe (SiA05, 309-320).

#### Fehlplatzierungen Abhängiger in stationären Pflegeeinrichtungen

In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass es immer wieder zu Fehlplatzierungen chronisch erkrankter alkoholabhängiger Menschen in Pflegeeinrichtungen kommt. Bei größer werdendem Pflegebedarf der betreuten Menschen werde, so die Erfahrung des Interviewpartners, seitens der Sozialämter schnell diskutiert, ob die Situation in der Häuslichkeit noch tragbar sei; insbesondere im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten komme es häufig dazu, dass die Betroffenen in andere Wohnformen vermittelt werden, auch in solchen Fällen, in denen zu Hause noch Handlungsmöglichkeiten bestünden (SiA08, 162-181; 752-764).

*„Meistens kriegen wir die irgendwie aus der Häuslichkeit. Und die waren dann in der Somatik. Da wurde dann schon so erwogen, dass es da ein Suchtproblem geben könnte, aber dann wurde halt die somatische Sache behandelt und dann schnell weg. Denn die sind ja auch alle alt bei uns.“ (SiA10, 752-764)*

Im Extremfall würden Menschen vom Krankenhaus „zum Sterben“ in die Pflegeeinrichtung überwiesen, „die die Statistik ein bisschen schönen sollen.“ (SiA10, 313-315)

*„Also wir kriegen auch sehr oft Menschen, die die Statistik ein bisschen schönen sollen, aus dem Krankenhaus, die zum Sterben hierherkommen. -- Im Krankenhaus wird nicht gestorben.“ (SiA10, 313-315)*

Ein Träger, der Angebote des Wohnens und der Tagesstrukturierung speziell für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte unterhält, die über die Eingliederungshilfe finanziert werden, schildert die Problematik, dass gesetzliche Betreuer in manchen Fällen

recht kurzfristig eine Unterbringungsmöglichkeit suchten und ein Platz im Pflegeheim „in der Regel schnell“ da sei, während in der „Eingliederungshilfe (...) erstmal nicht so geguckt“ wird (SiA09, 78). Dies sei z. B. der Fall bei Verlust der Wohnung oder im Falle eines stationären Aufenthalts im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, bei der eine Rückkehr in die eigene Wohnung wegen der Alkoholabhängigkeit als nicht mehr möglich erachtet wird (SiA09, 78-82).

*„Ein Klassiker ist bei psychiatrisch auffälligen Bewohnern auch, es gibt ja einmal in Berlin die, die nehmen erstmal alles, völlig unreflektiert, weil sie die Betten voll haben wollen. Stellen dann fest, das ist kompliziert, das ist gar nicht so einfach, geben sie in die Psychiatrie und während des Aufenthaltes in der Psychiatrie nutzen sie die Gelegenheit und kündigen den Heimvertrag. Ich möchte das jetzt gar nicht werten und sagen, ob das richtig ist oder falsch und ob's gemacht werden darf, weil die Situation ist dann so, dass dieses Klientel im Krankenhaus verweilt, bis eine neue Betreuungsform für sie gefunden wurde.“ (SiA10, 216-224)*

In der Pflegeeinrichtung erweise sich meist der Altersunterschied (60-Jährige leben mit 80-Jährigen zusammen) als beträchtlich. Auch fehle es an tagesstrukturierenden Angeboten, und die Betroffenen fühlen „sich teilweise auch sehr fit noch und (wollen) gebraucht werden“, was „in diesen Altenpflegeeinrichtungen einfach nicht zu schaffen (ist,) auch für das Pflegepersonal nicht“ (SiA09, 84-88). Ältere Abhängige hätten einen anderen Betreuungsbedarf, der von den üblichen Angeboten von Pflegeheimen abweiche (SiA10, 134-151). Es fehle an auf die Sucht zugeschnittenen, spezifischen Angeboten der Beschäftigung und Tagesstruktur, wie sie im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden können (SiA09, 769-775). Eingliederungshilfe wird bei einer Unterbringung im Pflegeheim vom Leistungsträger nicht gewährt. Die Unterbringung in Pflegeeinrichtungen oder im Obdach sei billiger (SiA09, 769-775). Die älteren abhängigen Menschen selber, die mitunter noch psychische Probleme hätten, würden sich nicht immer an die Hausordnung halten (SiA01, 176-191). Zudem seien die MitarbeiterInnen in den Altenpflegeeinrichtungen „nicht genügend ausgebildet für diese Alkoholproblematik“, die dann z. B. moralisch bewertet und bestraft statt professionell betrachtet werde (SiA09, 88-98).

Wenn Pflegeeinrichtungen sich der Versorgung nicht mehr gewachsen sähen, würden sie manchmal sogar einen Umzug der Betroffenen in eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe anstreben. Der Mitarbeiter einer Obdachlosenunterkunft berichtet davon, immer wieder Anfragen von Pflegeeinrichtungen zu erhalten, ob die Unterkunft Bewohner aufnehmen könnte (SiA22, 60-67). Mit einem Wechsel täten sich die bezirklichen Wohnhilfestellen jedoch häufig schwer, weil die Kosten für die Unterbringung in einem Wohnungslosenheim nur übernommen werden dürften, wenn hierdurch Obdachlosigkeit vermieden werde (SiA22, 32-42), nicht aber, weil eine Lücke im Betreuungssystem bestehe und man vielleicht eine andere Einrichtung finden könnte (SiA22, 60-67). Manche Pflegeanbieter würden eine Kündigung des Vertrages mit den Betroffenen anstreben, wenn diese im Krankenhaus seien, so dass sie im Anschluss nicht in ihre vorherige Wohneinrichtung zurück können (SiA09, 78;

SiA22, 32-46). Mit Blick auf das Ziel einer qualitativ guten Versorgung scheint dies problematisch, da Krankenhausaufenthalte ohnehin häufig krisenhaft erlebt werden und hier eine besondere Stabilität der sonstigen Situation wichtig sei (SiA22, 32-46).

### **5.3.3.5 Zwischenfazit: Versorgungsprobleme in der Pflege**

Die bedarfsgerechte, an der Selbstbestimmung der PatientInnen orientierte pflegerische Versorgung von älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bringt spezifische Anforderungen an die Pflegeanbieter mit sich. Herausforderungen bestehen beispielsweise, wenn es darum geht, Abhängigkeitserkrankungen zu erkennen oder in suchtbezogene Hilfen weiterzuvermitteln. Im Hinblick auf die eigentliche Pflege stellen sich fachliche Fragen, wie die nach der Beschaffung von Alkohol, dem Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen oder der Gabe von Medikamenten.

Schwer und chronisch abhängigkeiterkrankte Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, sind einem starken Risiko ausgesetzt, erst spät und in Zusammenhang mit krisenhaften Zuspitzungen ihrer Situation Zugang zu ambulanter Pflege zu erhalten. Die Erbringung ambulanter Pflegeleistungen in stationären Wohnangeboten kann den abhängigkeiterkrankten Älteren einen längeren Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglichen. Als problematisch erweist sich in manchen Fällen jedoch die Finanzierung (Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege). Auf Herausforderungen, die in der Pflege abhängigkeiterkrankter älterer Menschen bestehen wird in Kapitel 5.3.3 näher eingegangen.

Stationäre Pflegeanbieter scheinen zwar zunächst um als ‚schwierig‘ geltende PatientInnen, bei denen Problemlagen wie ein anhaltender Konsum, chronische und schwere Abhängigkeit oder weitere psychiatrische Diagnosen bestehen, zu konkurrieren und sie aufzunehmen. Wenn dann Schwierigkeiten in der Versorgung auftreten, werden die Betroffenen jedoch möglichst schnell wieder ‚abgegeben‘, teilweise parallel zu Krankenseinweisungen. Manche gelangen dann in Einrichtungen des stationären Wohnens oder aber in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

## **5.4 Altersgemischte und altersspezifische Angebote**

Im Hinblick auf mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung älterer Menschen mit Alkohol- oder Opioidabhängigkeit stellt sich immer wieder die Frage, ob und in welchen Bereichen altersspezifische Angebote benötigt werden, und wo eine Versorgung ebenso gut oder besser in altersgemischten Angeboten erfolgen kann. Hierzu liefern die Experteninterviews unterschiedliche Einschätzungen.

Die leitende Oberärztin einer Klinik für Suchtmedizin gibt zu bedenken, dass in den Suchtberatungsstellen eher Menschen mittleren Alters beraten würden, bei denen Beratung und Rehabilitation nicht nur auf die Unterstützung zur Abstinenz, sondern die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zielen. Daher empfiehlt sie, statt einer Qualifizierung aller Beratungsstellen zu allen Themen und Zielgruppen, gesonderte Räume, Trägerschaften und entsprechende Beratungs- und Gruppenangebote für ältere Personen mit Suchtproblemen oder -krankheit vorzuhalten, beispielsweise angegliedert an Teilhabeangebote (SiA17, 662-677).

Diesem Vorschlag stehen die beiden Beispiele guter Praxis gegenüber, in denen aus existierenden Beratungsstellen heraus hierfür qualifizierte MitarbeiterInnen aufsuchende Beratung für ältere Menschen sowie Pflegeeinrichtungen anbieten und sich in die Arbeit der bezirklichen Geriatrich-Gerontopsychiatrischen Verbände einbringen. Die Einschätzungen der ExpertInnen sprechen für eine Doppelstrategie, die gleichzeitig auf eine Öffnung der Angebote der Altenhilfe für die Suchthematik sowie eine stärkere Beachtung der Belange Älterer in der Suchthilfe hinwirkt (vgl. auch Kapitel 5.5).

Bezüglich der Akut- und Rehabilitationsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen wurde weniger ein Bedarf an altersspezifischen Angeboten als die Notwendigkeit einer hohen suchtspezifischen Kompetenz beschrieben. Als wichtig wurden für diese Bereiche insbesondere eine ausgeprägte fachliche Kompetenz und Spezialisierung der MitarbeiterInnen, eine gute Zusammenarbeit im Team, ein strukturierter und systematischer Behandlungspfad sowie ausreichende Ressourcen für ein Entlassmanagement<sup>36</sup> hervorgehoben (SiA17, 231-239). Gleichwohl wird an diesem Beispiel auch die Notwendigkeit deutlich, geriatrisch-gerontopsychiatrische und pflegerische Kompetenzen in die Leistungserbringung zu integrieren, wenn adäquat auf die teilweise komplexen Behandlungsbedarfe älterer, häufig multimorbider PatientInnen mit Mehrfachmedikation eingegangen werden soll. Dies erklärt möglicherweise die sich in der Praxis immer wieder stellende Frage, ob Entgiftungsbehandlungen bei älteren Menschen auf Entgiftungs- oder aber geriatrisch-gerontopsychiatrischen Stationen durchgeführt werden sollen.

Im Hinblick auf begleitete und unbegleitete Gruppenangebote finden sich in den Experteneinschätzungen Argumente und Erfahrungsberichte für altersspezifische wie auch für gemischte Angebote. So würden ältere Abhängige gerne an altersspezifischen Gruppen teilnehmen, weil sie sich dort mit Menschen in einer ähnlichen Lebensphase mit ähnlichen Erfahrungen austauschen können und dort „ihre Probleme zum Tragen“ kommen (SiA17, 480-484). Für Substituierte gilt dies aufgrund der oben angesprochenen unterschiedlichen Themen älterer und jüngerer Betroffener (Bilanz versus Hektik) möglicherweise noch mehr als für ältere Alkoholabhängige (SiA02, 452-469; SiA18, 485-494). Die Mitarbeiterin eines sozialpsychiatrischen Dienstes bedauert vor diesem Hintergrund einen Mangel an Wohnungen für das Betreute Einzelwohnen sowie an Angeboten zur niedrigschwelligen Teilhabe im Rahmen von Gruppen oder Ausflügen speziell für ältere Substituierte (SiA18, 485-494). Sie berichtet von einem Träger, der für ein entsprechendes Konzept keine Finanzierung erhielt (SiA18, 497-509).

Für altersgemischte Gruppen sprechen aus Sicht von InterviewpartnerInnen aus der Suchthilfe die Ruhe und Stabilisierung, die ältere TeilnehmerInnen in manche Gruppen brächten, und durch die sie zum Funktionieren altersgemischter Angebote beitragen (SiA02, 452-501;

---

<sup>36</sup> Ein Entlassmanagement, welches die häusliche und finanzielle Situation sowie einen etwaigen Pflegedarf beachtet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet, ist von großer Bedeutung, um unnötige Vermittlungen älterer PatientInnen aus der eigenen Häuslichkeit in Pflegeeinrichtungen zu vermeiden. Dazu gehörten auch Kontakte zu Beratungsstellen, Selbsthilfe und anderen Angebote, die für einen nahtlosen Übergang im Anschluss an die Suchtbehandlung notwendig sind (SiA17, 249-274).

SiA04, 78-94). Beide Seiten könnten von der jeweils anderen Perspektive profitieren (SiA04, 78-94). Der Interviewpartner aus der integrierten Drogenhilfe lehnt explizit altersspezifische Gruppen ab und führt ein Beispiel an, in dem ältere – in diesem Fall über 40-jährige – Abhängige sich zu einer relativ altershomogenen Gruppe zusammen fanden, jedoch selbst Wert darauf legten, keine „Rentnergruppe“ zu sein (SiA02, 452-501) (vgl. Kapitel 5.1.5.3). Dieses Beispiel veranschaulicht auch, dass nicht nur „Sucht“ stigmabehaftet ist, sondern auch „Alter(n)“.

Angebote, in denen unterschiedliche Menschen unterschiedlichen Alters und mit Abhängigkeiten von unterschiedlichen Stoffgruppen zusammenkommen, bergen spezifische Herausforderungen. So funktioniert ein in die Studie einbezogenes niedrighwelliges, Konsum tolerierendes suchtmittel- und altersgruppengemischtes Angebot der Wohnungslosenhilfe nach Einschätzung des Interviewpartners zwar gut, zumal sich viele Teilnehmende aus der stoffgruppenübergreifenden Entgiftung kennen würden. In der Regel seien allerdings die jungen Opiatabhängigen „pfiffiger“ und „schneller“ und müssten deutlich mehr Geld beschaffen als die Alkoholabhängigen, unter denen insbesondere die Älteren langsamer seien und manchmal ihr Geld an die Jüngeren verlören, z. B. in der Hoffnung, dass diese für sie einkaufen (SiA22, 425-444). Dies würde für Konflikte sorgen, auf die dann individuell, z. B. durch Zimmertausch eingegangen werden müsse (SiA22, 993-1007).

**Fazit:** Die Einschätzungen der Interviewpartner sprechen insgesamt für eine weitergehende Öffnung der Suchthilfe für die Bedarfe älterer Abhängigkeitserkrankter sowie die Integration einer für Suchtfragen sensibilisierten gerontologischen bzw. geriatrischen Expertise in die entsprechenden Angebote. Im Bereich der Teilhabe und Beschäftigung gibt es Argumente sowohl für altersgemischte als auch altersspezifische Gruppen. Nicht zuletzt aufgrund der Bedürfnisse der Älteren selbst, die im Hinblick auf Suchtthemen altersspezifischen Gruppen zuzuneigen scheinen, spricht viel dafür, das Angebot gemischter Gruppen durch altersspezifische Gruppenangebote, insbesondere auch begleitete, zu ergänzen.

## 5.5 Verhältnis von Altenhilfe und Suchthilfe

### Zwei Welten

Die Leistungsbereiche der Alten- und Suchthilfe unterscheiden sich in Geschichte, sozialgesetzlicher Grundlage, Qualifizierung, Klientel, Problemstellungen und nicht zuletzt ihrem Selbstverständnis. Die Darstellung der Inanspruchnahme von Angeboten und Versorgungsproblemen in den vorangegangenen Kapiteln zeigte Unterschiede in der Sichtweise auf die unterschiedlichen Zielgruppen älterer Menschen mit Alkohol- oder Opioidabhängigkeit.

In Altenhilfe (und Pflege) besteht eine Ausrichtung auf die Situation älterer und pflegebedürftiger Menschen; spezifische Bedarfe und Versorgungsprobleme älterer Menschen sind dort bekannt. Eine relative Distanz, teilweise auch Abwehr und Stigmatisierung, besteht jedoch im Hinblick auf die Abhängigkeitsthematik. Umgekehrt verhält es sich mit weiten Teilen des Suchthilfesystems sowie der Wohnungslosenhilfe. Dort wird zwar differenziert auf die spezifischen Bedarfslagen und Versorgungsprobleme von abhängigkeiterkrankten Men-



schen geblickt. Die Lebensthemen und Bedarfe, die ältere Menschen mit Abhängigkeitserkrankung entwickeln, erhalten jedoch erst nach und nach Aufmerksamkeit. Auch hier gibt es Hinweise auf eine in Teilen der Suchthilfe vorhandene Distanz oder möglicherweise gar Stigmatisierung - in diesem Fall gegenüber dem höheren Lebensalter. Dies scheint verständlich in einem Handlungsfeld, dessen Akteure sich bislang mit den Bedarfen einer zwar früh alternden, aber insgesamt dennoch eher jungen Zielgruppe befasst haben.

Die genannten Aspekte führen dazu, dass es einerseits zum Teil an Angeboten fehlt, die den spezifischen Bedarfen der in sich äußerst heterogenen Zielgruppe älterer abhängigkeiterkrankter Menschen gerecht werden. Vorhandene Versorgungsangebote der Sucht- und Altenhilfe, vor allem Angebote für Zielgruppen wie Menschen mit Doppeldiagnose und/oder nicht-Abstinente, sind nicht immer bekannt. VertreterInnen der Altenhilfe bzw. des Pflegebereichs kennen Angebote der Suchthilfe selten, umgekehrt kennen VertreterInnen der Suchthilfe nicht immer die Versorgungsmöglichkeiten der Altenhilfe/Pflege. Eine Zusammenführung der vorhandenen Angebote an geeigneter Stelle wäre ein erster Schritt, die Aufmerksamkeit für die jeweils andere „Seite“ des Versorgungssystems zu wecken und die Zugangschancen der betroffenen Älteren zu Angeboten zu verbessern.

### Brücken

Die Darstellung der Versorgungsprobleme sollte auch gezeigt haben, dass eine stärkere Vernetzung der Akteure aus Alten- und Suchthilfe (inklusive Pflege) die Chancen älterer abhängigkeiterkrankter Menschen auf einen möglichst frühzeitigen Zugang zu bedarfsgerechten Hilfen verbessern kann. Beispiele aus einzelnen Bezirken zeigen, dass die Aufnahme des Themas „Sucht im Alter“ in den bezirklichen Gesundheitszieleprozess, die Einbeziehung von Akteuren der Suchthilfe in Geriatriisch-Gerontopsychiatrische Verbände sowie die Durchführung von Schulungen für MitarbeiterInnen von Pflegeberatung und Pflegeeinrichtungen (unter Einbeziehung von MitarbeiterInnen der Suchtberatungsstellen) einen wichtigen Beitrag zu einer Sensibilisierung der Beteiligten aus Alten- und Suchthilfe leisten und eine stärkere Vernetzung konkreter Akteure untereinander befördern können. Dies ermöglicht einen stärkeren Erfahrungsaustausch hinsichtlich der Behandlung älterer abhängiger Menschen.

Zu beachten ist, dass solche Prozesse der Sensibilisierung, Qualifizierung und Vernetzung – zumal, da es um Themen geht, die teilweise stigmatisiert oder mit Ängsten behaftet sind – Zeit sowie personelle und gegebenenfalls finanzielle Ressourcen benötigen. Wichtig ist neben der Förderung dieser Prozesse auch eine stärkere Öffentlichkeitsarbeit und Enttabuisierung des Themas Sucht im Alter. Insbesondere ist zu überlegen, wie ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenpflege, beispielsweise über die Schulungen zur suchtsensiblen Pflege, aber auch über Ansprechpartner in den Suchtberatungsstellen auf kurzem Wege Beratung zu Fragen im Umgang mit abhängigkeiterkrankten älteren Menschen erhalten können.

## 6 Fazit

Lebenssituationen älterer alkohol- und opioidabhängiger Menschen unterscheiden sich hinsichtlich der Abhängigkeitsdauer, des Konsums und der sozialen Milieus, in denen sie sich bewegen. Insgesamt zeigt sich bei Betrachtung der Lebenssituation älterer abhängiger Menschen jedoch, dass das Alter insbesondere für langjährig abhängige Menschen viele Herausforderungen birgt. Diese können das Risiko einer (weiteren) Verschlechterung der sozialen, finanziellen und gesundheitlichen Situation mit sich bringen, wenn Kompensationsmöglichkeiten fehlen.

**Ansatzpunkte für eine bessere Versorgung** dieser Gruppe finden sich an vielen Stellen des Sucht-, Altenhilfe und Versorgungssystems. Wichtig sind insbesondere eine stärkere Berücksichtigung der Situation der älteren Abhängigen hinsichtlich der Beratung und Behandlung. Auch Verbesserungen an Schnittstellen, die eine nahtlose Versorgung ermöglichen, sowie eine engmaschigere, kontinuierliche Begleitung, insbesondere für schwer betroffene Abhängige, können die Situation verbessern. Es fehlen einige Angebote für besondere Zielgruppen Älterer (siehe unten). Vorhandene Angebote sind zum Teil nicht ausreichend bekannt. Eine stärkere Vernetzung und Sensibilisierung der verschiedenen Akteure, die mit älteren abhängigen Menschen in Berührung kommen, wäre sinnvoll.

Im Folgenden gehen wir zusammenfassend auf die Versorgungslücken in den einzelnen Bereichen ein.

Insbesondere für spät erkrankte ältere alkoholabhängige Menschen besteht eine Vielzahl potenzieller Barrieren beim Zugang zu Angeboten der **Suchtberatung**: Zu nennen sind hier das häufig fehlende Bewusstsein bei den Betroffenen über die eigene Abhängigkeit und eine verbreitete Stigmatisierung des Themas Sucht in der Altersgruppe. Weiterhin sind Angebote der Suchtberatung unter älteren Menschen wenig bekannt. Eine erst in den Anfängen befindliche Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe sowie vermutlich ungenutzte Potenziale der Ansprache älterer PatientInnen auf somatischen Krankenhausstationen stellen weitere Lücken dar, von deren Schließen ältere Abhängige profitieren könnten.

In Hinblick auf die Versorgung in **Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen** sind Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung älterer abhängiger Menschen bei den Wartezeiten, den Überleitungen und dem Entlassmanagement zu finden. Wartezeiten auf einen Platz in der Entgiftung, aber auch zwischen Entgiftung in die Entwöhnung erhöhen das Risiko, dass ältere PatientInnen eine Rehabilitationsbehandlung doch nicht antreten bzw. rückfällig werden. Auch die kürzeren Behandlungszeiten bzw. die Notwendigkeit von Verlängerungsanträgen können die ohnehin ambivalente Haltung vieler älterer PatientInnen gegenüber lang andauernden stationären Aufenthalten verstärken. Für ältere Abhängigkeitserkrankte mit Mobilitätsbeeinträchtigung oder Pflegebedürftigkeit ist der Zugang zu Entwöhnungsbehandlungen im Falle mangelnder Barrierefreiheit der Einrichtungen und hohen Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit besonders erschwert.

Aufgrund ihres häufig insgesamt höheren Unterstützungs- und Hilfebedarfes erfordern die Diagnostik und die Klärung der Anschlussversorgung im Rahmen des Entlassmanagements aus dem stationären Entzug und der Entwöhnung entsprechend viel Zeit und Personal, das sich mit den spezialisierten Angeboten auskennt. Der weitere Hilfebedarf muss ermittelt und die anschließende Versorgung gesichert werden, um Drehtüreffekte oder unnötige stationäre Einweisungen zu vermeiden.

Es fehlen zudem Angebote im Sinne einer geriatrischen Suchtrehabilitation. Ob diese geeigneter über die Öffnung vorhandener oder durch die Entwicklung spezialisierter Angebote geschaffen werden könnte, wäre genauer zu prüfen. Ebenso ungeklärt ist die Frage, unter welchen Bedingungen eine ambulante oder eine stationäre Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlung für ältere Abhängigkeitserkrankte geeigneter ist, und ob diese derzeit die in der Regel am besten geeignete Behandlungsform erhalten.

**Selbsthilfegruppen** können für ältere alkoholabhängige Menschen zur Stabilisierung ihrer Situation beitragen und bieten Raum, sich über Themen wie die Herausforderung, in einer nicht abstinenten Gesellschaft abstinent zu leben, auszutauschen. Angebote für ältere nicht abstinenten bzw. rückfällig werdende Abhängige scheinen zu fehlen. Von altersgemischten Gruppenangeboten werden unterschiedliche Erfahrungen berichtet. Für manche Gruppenangebote erscheint eine (zu große) Altersmischung nicht sinnvoll oder wird nicht gewünscht, andererseits profitieren in manchen Angeboten Teilnehmende gerade von einer Altersmischung. Auch hinsichtlich unterschiedlicher Suchtmittel werden gemeinsame Gruppen angeboten, die gut funktionieren. Für bestimmte Gruppen, wie Substituierte oder nicht abstinenten Abhängige wurden jedoch gesonderte Gruppen empfohlen.

**Ältere Substituierte**, die im Laufe ihrer Biografie Leistungen der Substitution und Psychosozialen Betreuung in Anspruch genommen haben, finden den Ergebnissen zufolge dank ihrer Kenntnisse des Unterstützungssystems im Bedarfsfall Zugang zu Unterstützung. Im Alter gewinnen für sie die Begleitung bei der fachärztlichen Versorgung sowie die Vermittlung gegebenenfalls benötigter pflegerischer Hilfen an Bedeutung. Damit letztere bedarfsgerecht für die Zielgruppe erbracht werden können, sind die Existenz von und der gelingende Zugang zu spezialisierten Pflegediensten wichtig. Als problematisch können sich gegebenenfalls begrenzte Kapazitäten der Anbieter erweisen. Inwieweit dies in der Praxis zum Tragen kommt, bedarf vertiefter Untersuchungen. In der Substitutionsbehandlung zeichnen sich Versorgungslücken aufgrund eines Mangels an NachfolgerInnen für die altersbedingt ausscheidenden SubstitutionsärztInnen ab.

Ältere Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind häufig stärker von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen als Jüngere. Der Zugang zu einer umfassenden **medizinischen Versorgung** gestaltet sich schwierig, insbesondere für Ältere mit Mobilitätsbeeinträchtigung, mit chronischer und schwerer Abhängigkeitserkrankung, für Substituierte oder wohnungslose Menschen. Gründe hierfür sind Schwierigkeiten, behandelnde ÄrztInnen zu finden und zu erreichen. Vorhandene Potenziale der Weitervermittlung älterer abhängigkeiterkrankter PatientInnen aus dem ambulanten und stationären medizinischen Versorgungssystem in

Angebote der Suchthilfe werden bisher erst ansatzweise ausgeschöpft. Insbesondere bei älteren PatientInnen, deren Alkoholabhängigkeit sich erst spät manifestiert, bestehen ungenutzte Gelegenheiten, über eine Ansprache und motivierende Gesprächsführung in ambulanten und stationären Versorgungssettings frühzeitig Hilfen zugänglich zu machen. Notwendig wäre – neben einer konsequenten Umsetzung von Sucht-Konsilen im stationären Bereich und einer entsprechenden Gestaltung von Organisationsabläufen – insbesondere die weitere Sensibilisierung und Qualifizierung von ÄrztInnen und weiteren im medizinischen Versorgungssystem vertretenen Berufsgruppen für Abhängigkeitserkrankungen Älterer.

Wohnungsverlust ist eine häufige Komplikation bei Sucht. **Bezahlbarer Wohnraum** fehlt insbesondere für Menschen, die geringe finanzielle Ressourcen haben, aber auch Träger beklagten Probleme bei der Suche nach Wohnungen. Daneben mangelt es an barrierefreien Wohnungen.

In Wohnangeboten des Betreuten Wohnens stellen – insbesondere vor dem Hintergrund allgemein fehlenden Wohnraums – die grundsätzliche zeitliche Begrenztheit der Maßnahme sowie die Notwendigkeit der regelmäßigen Verlängerung von Kostenübernahmen eine potenzielle Belastung für die BewohnerInnen dar. **Versorgungslücken bestehen bei Angeboten des (betreuten) Wohnens** insbesondere für langjährig und schwer erkrankte ältere Abhängige (Alkohol und Drogen) sowie für ältere Abhängige mit weiteren psychiatrischen Diagnosen bzw. Doppeldiagnosen, insbesondere bei fehlender Abstinenz, früheren Erfahrungen von Wohnungslosigkeit, herausfordernden Verhaltensweisen oder Korsakow-Syndrom. Beschrieben wurden in den Interviews Fehlplatzierungen dieser Personengruppen in Pflegeeinrichtungen sowie ein in manchen Fällen dauerhafter Verbleib in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, die jedoch nicht auf die dauerhafte Begleitung dieser Personengruppen ausgerichtet ist. Zudem fehlt es auch in der Wohnungslosenhilfe an Plätzen.

Ein Versorgungsproblem entsteht zudem bei eintretender **Pflegebedürftigkeit** älterer Abhängigkeitserkrankter, wenn die notwendige pflegerische Unterstützung nicht mehr über die Einrichtung abgedeckt werden kann und der Sozialhilfeträger eine parallele Finanzierung von Leistungen der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege nicht bewilligt. Kostenträger (Sozialamt) drängen derzeit vielmehr eher auf eine stationäre Unterbringung. Deshalb wäre es sinnvoll, in bestehenden spezialisierten Versorgungsangeboten, z. B. dem betreuten Einzelwohnen, im Bedarfsfall regelhaft ambulante Pflege anzubieten. Mit dem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung werden die älteren Abhängigkeitserkrankten aus ihrem gewohnten sozialen Umfeld herausgelöst und die für die Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur bedeutsamen Teilhabeleistungen können dann nicht mehr in Anspruch genommen werden. Den Ergebnissen zufolge besteht außerdem das Risiko, dass dieser Bewohnerschaft bei Anpassungsproblemen möglichst rasch die Heimverträge wieder gekündigt werden. Es sollte genau geprüft werden, inwieweit die Umsetzung des dritten Pflegestärkungsgesetzes und des Bundesteilhabegesetzes so erfolgen kann, dass diese Problematik nicht verschärft, sondern eine Verbesserung der Versorgungssituation erreicht wird.

Die Potenziale der **Pflegestützpunkte (PSP)** für die Ansprache und gegebenenfalls Vermittlung in die Suchthilfe sind ebenfalls noch nicht ausgeschöpft. Vor dem Hintergrund der von den MitarbeiterInnen selbst wahrgenommenen Ferne der PSP zum Thema Sucht im Alter scheint die eingeschlagene Strategie einer Sensibilisierung für die Thematik sinnvoll. Das Beispiel der Bezirke, in denen Sucht im Alter im Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbund stark thematisiert wird, zeigt die Potenziale solch verstärkter Vernetzungsbemühungen zwischen Alten- und Suchthilfe. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Thematisierung von Sucht im Alter zusammen mit Aktivitäten der **Qualifizierung, Beratung und Vernetzung** Zugangsbarrieren vermindern kann, die in der kulturellen und personellen Distanz zwischen Alten- und Suchthilfe begründet sind. Eine Einbeziehung der Wohnungslosenhilfe in diese Vernetzung könnte zur Verbesserung der Kompetenzen und besseren Vermittlung von Hilfen beitragen.

Die bedarfsgerechte, an der Selbstbestimmung der PatientInnen orientierte **pflegerische Versorgung** älterer Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bringt spezifische Anforderungen an die Pflegeanbieter mit sich. Herausforderungen bestehen beispielsweise, wenn es darum geht, Abhängigkeitserkrankungen zu erkennen oder in suchtbetragene Hilfen weiterzuvermitteln. Im Hinblick auf die eigentliche Pflege stellen sich fachliche Fragen, wie die nach der Beschaffung von Suchtmitteln, dem Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen oder der Gabe von Medikamenten. Schwer und chronisch abhängigkeiterkrankte Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, sind einem starken Risiko ausgesetzt, erst spät und in Zusammenhang mit krisenhaften Zuspitzungen ihrer Situation Zugang zu ambulanter Pflege zu erhalten.

Weitere Versorgungslücken bestehen im Bereich der **Mobilitätshilfe**. Menschen mit Mobilitätseinschränkungen haben aufgrund von Barrieren und fehlenden Kompensationsmöglichkeiten Zugangsschwierigkeiten zu vielen Angeboten der Suchthilfe und medizinischen Versorgung. Mobilitätshilfedienste und Begleitdienste sind nicht im ausreichenden Maße vorhanden bzw. werden nicht ausreichend finanziert.

Weiterhin sind **Treffpunkte und Veranstaltungen**, bei denen kein Alkohol konsumiert wird, nicht ausreichend vorhanden oder bekannt. Nicht immer sind sie zudem wohnortnah und barrierefrei erreichbar. Genauer untersucht werden müsste, ob die vorhandenen Angebote inhaltlich den Interessen älterer Suchtmittelabhängiger entsprechen. Stadtteiltreffs werden bisher nur in Ausnahmefällen genutzt, um ältere Menschen über einen verantwortlichen Suchtmittelkonsum (Prävention), Abhängigkeitserkrankungen im Alter und Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Das Beispiel einer Einrichtung der **offenen Altenhilfe** zeigt, dass auch auf dieser Ebene Handlungsmöglichkeiten bestehen und sich durch eine Konsum akzeptierende, nicht repressive und eher implizite Strategie die Rahmenbedingungen dafür schaffen lassen, Abstinenz diskriminierungsfrei zu ermöglichen. Um MitarbeiterInnen, Ehrenamtliche und NutzerInnen von Einrichtungen nicht zu überfordern, ist bei entsprechenden Vorhaben eine enge Vernetzung mit den Suchtberatungsstellen zu empfehlen.

## 7 Handlungsempfehlungen

Berlin verfügt mit seiner diversifizierten Angebotslandschaft im Bereich der Sucht- und Altenhilfe bereits heute über eine Vielzahl an Strukturen und Angeboten sowie fachliche Expertise, die älteren Menschen mit Alkohol- oder Opioidabhängigkeit zugutekommen. Die Aufmerksamkeit für das Thema „Sucht im Alter“ innerhalb der Alten- und Suchthilfe ist in den letzten Jahren gewachsen. Es gibt engagierte Akteure und Beispiele guter Praxis wie die Aufnahme des Themas in den bezirklichen Gesundheitszieleprozess, Schulungen zur sucht-sensiblen Pflege bzw. Pflegeberatung oder die aufsuchende Suchtberatung in zwei Bezirken. Die vorhandenen Strukturen und Aktivitäten bilden eine gute Basis, um die in der vorliegenden wissenschaftlichen Bedarfsanalyse zur Lebens- und Betreuungssituation älterer alkohol- bzw. opioidabhängiger Menschen in Berlin identifizierten Versorgungsprobleme und -lücken zu bearbeiten.

Die folgenden Handlungsempfehlungen zielen darauf, die **wechselseitige Öffnung von Sucht- und Altenhilfe unter Einbeziehung des medizinischen Versorgungssystems und der Wohnungslosenhilfe** an den zentralen Schnittstellen **weiter voranzutreiben**, bisher **fehlende Angebote zu entwickeln** und **vorhandene besser bekannt zu machen**. Der Vollständigkeit halber und zur Anregung weiterer Veränderungen werden auch Handlungsempfehlungen aufgeführt, die nicht unmittelbar, wohl aber mittelbar, im Einflussbereich der Senatsverwaltung liegen. Nicht alle Empfehlungen können zudem von einzelnen Akteuren in alleiniger Zuständigkeit bearbeitet werden, da häufig mehrere Akteure mit unterschiedlichen Interessenlagen und Handlungslogiken an Abläufen beteiligt sind.

### Prävention

- **Stärkung der Prävention durch psychosoziale Begleitung und Mobilitätshilfen:** Auch ältere Menschen mit *late-onset*-Abhängigkeit können von niedrigschwelliger psychosozialer Begleitung und Unterstützung profitieren, beispielsweise bei der Beantragung von Leistungen. Diese sollte ihnen frühzeitig, niedrigschwellig, in ausreichendem Umfang und wenig stigmatisierend zugänglich gemacht werden. Eine solche Begleitung kann dazu beitragen, krisenhafte Entwicklungen wie beispielsweise den Verlust der eigenen Wohnung zu verhindern.
- **Sicherstellung außerhäuslicher Mobilität:** Bauliche Barrieren, Probleme bei Kostenübernahmen im Falle von Krankentransporten, weite Wege u. a. m. erschweren den Zugang zu Angeboten der Teilhabe, Beratung und medizinischen Versorgung für ältere Abhängigkeitserkrankte mit Mobilitätsbeeinträchtigung. **Mobilitätshilfen** sollten daher ausgebaut, niedrigschwellig, kontinuierlich und kostengünstig zugänglich sein sowie langfristig finanziert werden.

### Pflege

- **Flexibilisierung der Möglichkeiten der Leistungserbringung in der Pflege:** Wechselnde und wenig vorhersehbare Versorgungsbedarfe bei älteren abhängigen Menschen erfor-

dern die Möglichkeit, die zu erbringenden Pflegeleistungen kurzfristig an den jeweiligen Bedarf anzupassen. Entsprechende Anpassungen sollten möglich sein, ohne die Pflegeanbieter ökonomisch zu belasten.

- **Stärkung des fachlichen Austauschs in der Pflege zum Thema Sucht:** Im Hinblick auf die Pflege stellen sich fachliche Fragen, wie die nach der Ansprache einer möglichen Suchtproblematik, der Beschaffung von Alkohol, dem Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen oder der Gabe von Medikamenten. Sinnvoll wäre die Entwicklung und Diskussion von Kriterien für den Umgang. Die Pflege sollte darin Unterstützung durch die Suchthilfe erhalten.

#### Medizinische Versorgung und Schnittstellenmanagement

- **Sensibilisierung und Qualifizierung von Haus- und FachärztInnen:** Haus- und FachärztInnen sind in der Versorgung abhängigkeiterkrankter – zumal älterer – Menschen mit spezifischen Herausforderungen konfrontiert. Zudem können sie durch motivierende Gesprächsführung insbesondere für Ältere mit *late-onset*-Abhängigkeit den Zugang zu Angeboten der Suchthilfe ebnen. Hierfür brauchen sie die zeitliche Ressourcen sowie fachliche Kompetenzen und einen Überblick über die wohnortnah verfügbaren (altersspezifischen) Angebote der Suchthilfe.
- **Umsetzung der Empfehlungen der S3-Leitlinie zu „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ und Entwicklung von Versorgungspfaden** um Fehlplatzierungen chronisch alkoholabhängiger Älterer in Pflegeheimen oder der Wohnungslosenhilfe zu vermeiden und Möglichkeiten ambulanter Versorgungsarrangements auszuschöpfen: Suchtkonsile sollten regelmäßig aufsuchend angeboten werden. Empfohlen wird eine weitere Sensibilisierung und Qualifizierung sowie die Prüfung, ob Ablaufroutinen und zur Verfügung stehende Ressourcen eine Umsetzung der Leitlinie erlauben.
- **Nahtloser Übergang und Entlassmanagement:** Überprüfung von Möglichkeiten der Rehabilitation und der anschließenden ambulanten Versorgung durch Ausbau des Entlassmanagements und schnelle Bewilligung von Anträgen zur Rehabilitation. Der besonderen Situation im Krankenhaus, die während des Aufenthaltes zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringen kann (z. B. Delir), sollte verstärkt Rechnung getragen werden, z. B. durch entsprechende Präventionsmaßnahmen.

#### Fehlende Angebote

- **Wohn- und niedrigschwellige Teilhabeangebote** für nicht-abstinente Alkoholabhängige mit und ohne Pflegebedarf
- **Lebensrückblick für ältere Abhängigkeitserkrankte, insbesondere für ältere Substituierte:** Adaption der Methode des Lebensrückblicks für die Situation älterer Abhängigkeitserkrankter; Weiterbildung und Qualifizierung für in der Suchthilfe/PSB Tätige entwickeln. Bei älteren Opioidabhängigen wächst, wie bei anderen Älteren auch, das Be-

dürfnis, auf die eigene Biografie zurückzublicken, und in Auseinandersetzung damit zu klären, was noch erreicht werden soll, will und kann.

### Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

- **Öffentlichkeitsarbeit und Information:** Vorhandene zielgruppenspezifische Angebote der Teilhabe, der Pflege und des Wohnens, insbesondere solche für ältere, chronisch alkoholabhängige Menschen ohne Abstinenzziel, sollten unter den potenziell vermittelnden Stellen, d. h. gesetzlich Betreuenden, aber auch Krankenhaussozialdiensten und Pflegestützpunkten stärker bekannt gemacht werden, z. B. durch Aufnahme in die durch die Pflegestützpunkte gepflegte Angebotsdatenbank „[www.hilfelotse.de](http://www.hilfelotse.de)“ und den Wegweiser der Senatsverwaltung für Suchthilfe und Suchprävention „**Sucht. Drogen. Rat und Hilfe**“.
- **Einbeziehung von Sucht- und Wohnungslosenhilfe in die Arbeit der Geriatrich-Gerontopsychiatrischen Verbände:** Zur Erhöhung der Bekanntheit und Stärkung der Vernetzung würde eine Einbindung der Sucht- und Wohnungslosenhilfe sowie der Träger altersspezifischer Angebote der Suchthilfe in die bezirklichen Geriatrich-Gerontopsychiatrischen Verbände beitragen, ebenso die Einbeziehung von VertreterInnen der GGvN in die Vernetzung der Suchthilfe (PSAGn). Mit Blick auf die Stärkung solcher Vernetzungsaktivitäten für einen Brückenschlag zwischen Alten- und Suchthilfe ist zu bedenken, dass die angestrebte größere Bekanntheit der Angebote der Suchthilfe auf eine gezieltere Vermittlung und damit größere Zahl von Zuweisungen zielt. Schon heute existieren Wartelisten für solche Angebote. Es ist zu erwarten, dass der Bedarf an Plätzen noch steigen wird. Zu beachten sind weiterhin die vielfältigen Vernetzungsaufgaben, die an Verbände und Träger herangetragen werden. Gesundheitszielprozesse bieten Möglichkeiten, mit Blick auf die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort Schwerpunkte in Aktivitäten zu setzen.
- **Altenhilfekompetenz in der Suchthilfe stärken, z. B. zum Thema Pflege, und Suchthilfekompetenz in der Pflege und Pflegeberatung:** Schulungen der Pflege und Pflegeberatung (PSP) zum Thema Sucht im Alter und der Suchthilfe zum Thema Alter. Vernetzung geschulter Akteure, regelmäßige Auffrischung der Kenntnisse und Ermöglichung von Austausch durch regelmäßige Veranstaltungen zur Thematik, an der im Thema engagierte Fachleute teilnehmen. Einbindung der Kontaktstellen PflegeEngagement in die Schulungen zur suchtsensiblen Pflegeberatung.
- **Schulung zur Sensibilisierung für das Thema „Sucht in der offenen Altenhilfe“ entwickeln** und für Leitungen und MitarbeiterInnen von Seniorenfreizeitstätten, Kiezclubs, Seniorentreffs anbieten, Kennenlernen der Einrichtungen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe im jeweiligen Umfeld/Bezirk (Tage der offenen Tür, Veranstaltungen). Präventionsstrategien für die Förderung von bewusstem Konsum und die Schaffung von Rahmenbedingungen, so dass auch abstinente alkoholabhängige Ältere diskriminierungsfrei an Angeboten teilnehmen können: nicht projekt- bzw. kampagnenför-



mig, sondern eingebettet in die allgemeinen Abläufe im Haus, akzeptierend-stärkend, nicht-repressiv.

Angrenzende Handlungsfelder

- **Förderung bezahlbaren Wohnraums:** Die Verfügbarkeit bezahlbaren Wohnraums ist für die Absicherung der Wohnsituation vieler abhängigkeiterkrankter Älterer dringend erforderlich. Steigende Mieten wirken sich auch auf die Lebenssituationen von Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen und auf soziale Träger aus und machen sich in vielen Bereichen, z. B. auch der Wohnungslosenhilfe, bemerkbar.

## Literaturverzeichnis

Albert Schweitzer Stiftung (ohne Jahr a) Perspektive mit der Sucht. Wohnen für Menschen mit Alkoholabhängigkeit. Angebotsflyer.

Albert Schweitzer Stiftung (ohne Jahr b) Perspektive mit der Sucht. Wohnen für Menschen mit Alkoholabhängigkeit. Internetpräsenz: [http://www.ass-berlin.org/perspektive\\_mit\\_der\\_sucht\\_881.html](http://www.ass-berlin.org/perspektive_mit_der_sucht_881.html), letzter Zugriff am 06.09.2016.

Albert Schweitzer Stiftung (ohne Jahr c) Regeln im Umgang mit Alkohol und Nikotin. Internetpräsenz: [http://www.ass-berlin.org/perspektive\\_mit\\_der\\_sucht\\_881.html](http://www.ass-berlin.org/perspektive_mit_der_sucht_881.html), letzter Zugriff am 06.09.2016.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2014), Entlassene vollstationäre Behandlungsfälle in Berlin OT\_4.4 – 2013, [https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/otab/2014/OT\\_A04-04-00\\_231\\_201300\\_BE.pdf](https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/otab/2014/OT_A04-04-00_231_201300_BE.pdf), letzter Zugriff: 21.11.2016.

AMWF, DGPPN und DG-SUCHT (2016a) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, Kurzversion, Stand: 30.01.2016, [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001k\\_S3\\_Alkohol\\_2016-02\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001k_S3_Alkohol_2016-02_01.pdf), letzter Zugriff: 22.11.2016.

AMWF, DGPPN und DG-SUCHT (2016a) S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, Stand: 28.02.2016, url: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001l\\_S3-Leitlinie\\_Alkohol\\_2016-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf), letzter Zugriff: 22.11.2016.

Angermeyer, M. C.; Matschinger, H.; Schomerus, G. (2013) Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. In: The British Journal of Psychiatry 203 (2), S. 146-151.

Bachmeier, R. et al. (2015) Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1, 2015, 53-67.

Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin (2016) Der Gesundheitszieleprozess in Treptow-Köpenick. Ein hilfreicher Weg. Sucht im Alter. [https://www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/\\_assets/aemter-und-se/qpk/pdf/gesundheitsfoerderung/broschuere\\_gesundheitszielprozess\\_2016\\_sucht\\_im\\_alter\\_neu.pdf](https://www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/_assets/aemter-und-se/qpk/pdf/gesundheitsfoerderung/broschuere_gesundheitszielprozess_2016_sucht_im_alter_neu.pdf), letzter Zugriff: 08.11.2016.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Wohnen (Hg.) (2011) Wohnen im Alter. Forschungen, Heft 47. Bonn.

Bundesärztekammer (2001) Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung,

[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Currpsych.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Currpsych.pdf), letzter Zugriff 21.11.2016.

Bundesärztekammer (2010) Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet,

[https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen\\_ueberblick/qs\\_substitution/rili\\_baek\\_substitution.pdf](https://www.kvberlin.de/20praxis/20qualitaet/10qsleistung/leistungen_ueberblick/qs_substitution/rili_baek_substitution.pdf), letzter Zugriff: 07.12.2016

Bundesministerium für Gesundheit (2016) Leistungsfälle und Leistungstage sowie Tage je Fall von Rehabilitationsmaßnahmen der GKV-Versicherten. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Art der Rehabilitationsmaßnahmen, Kassenart, Versichertengruppe, Diagnosen. Tabelle erstellt am 06.12.2016 unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2015) Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 1. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2006) Substanzbezogene Störungen im Alter, Informationen und Praxishilfen. DHS Info.

Drees, H.; Attinger, H.; Groth, A. (2015) Psychosoziale Betreuung drogensubstituierter Menschen in Berlin, in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 28, 1.

DRV Bund (2015) Reha-Bericht 2015,

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6\\_Wir\\_ueber\\_uns/03\\_fakten\\_und\\_zahlen/03\\_statistiken/02\\_statistikpublikationen/02\\_rehabericht\\_2015.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2015.pdf?__blob=publicationFile&v=4), letzter Zugriff: 21.11.2016.

DRV Bund (2016) Rehabilitation 2015. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, [https://statistik-rente.de/drv/documents/Reha\\_Band\\_207.pdf](https://statistik-rente.de/drv/documents/Reha_Band_207.pdf), letzter Zugriff: 21.11.2016.

DRV und GKV (2011) Gemeinsamer Leitfaden der DRV und der GKV zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 23. September 2011,

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen\\_im\\_suchtbereich.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf), letzter Zugriff: 21.11.2016.

Dürsteler-MacFarland, K.; Herdener, M.; Strasser, J.; Vogel, M. (2011) Medizinische und soziale Problemlagen älterer Substituierter Patienten. In: Vogt, I. (Hg.) (2011) Auch Süchtige altern. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Engstler, H.; Motel-Klingebiel, A. (2010) Lebensformen und Partnerschaft. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2010). Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey (DEAS). Stuttgart, 163-187.

Eppler, N.; Kuplewatzky, N.; Vogt, I. (2011) „Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit. In: Vogt, I. (Hg.) (2011) Auch Süchtige altern. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Falk, K.; Heusinger, F.; Kammerer, K. (2017) Schlussbericht zum Projekt Psychotherapie im Alter: Barrieren und Möglichkeiten des Zugangs (PSYTIA), <https://www.tib.eu/suchen/id/TIBKAT:1006240837/>, DOI: 10.2314/GBV:1006240837, letzter Zugriff: 18.12.2017.

Fischer et al. (2015) Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell 1, 2015, 68-75.

Gerontopsychiatrischer-Geriatriischer Verbund Tempelhof (2016) Mitgliederliste, [https://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/planungs-und-koordinierungsstelle-gesundheit/gpgv-mitgliederliste\\_stand\\_juli\\_2016.pdf](https://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/planungs-und-koordinierungsstelle-gesundheit/gpgv-mitgliederliste_stand_juli_2016.pdf), letzter Zugriff: 06.12.2016.

Geyer, D. (2011) Psychotherapie mit älteren süchtigen Menschen. In: Vogt, I. (Hg.) (2011) Auch Süchtige altern. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Johannisches Sozialwerk e. V. (ohne Jahr) Beratungsstelle für Suchtkranke Treptow-Köpenick, Flyer. [http://www.johannisches-sozialwerk.de/fileadmin/johannisches-sozialwerk/pdf/flyer\\_2015\\_finale\\_internet.pdf](http://www.johannisches-sozialwerk.de/fileadmin/johannisches-sozialwerk/pdf/flyer_2015_finale_internet.pdf), letzter Zugriff: 08.11.2016.

John, U.; Rumpf, H.J.; Bischof, G.; Hapke, U.; Hanke, M.; Meyer, C. (2013) Excess Mortality of Alcohol-Dependent Individuals After 14 Years and Mortality Predictors Based on Treatment Participation and Severity of Alcohol Dependence. In: Alcohol Clin Exp Res 37 (1), S. 156–163.

Kertesz, S. G.; Khodneva, Y.; Richman, J.; Tucker, J. A.; Safford, M. M.; Jones, B.; Schumacher, J.; Pletcher, M. J. (2012) Trajectories of Drug Use and Mortality Outcomes Among Adults Followed Over 18 Years. J Gen Intern Med, 27 (7), 808-8016.

Klotz, C. (2016) Ambulante Versorgung Opiatabhängiger. Sorgenkind Substitution, in: KV-Blatt 10/2016, [https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2016/10/40\\_titelthema/kvbf.pdf](https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2016/10/40_titelthema/kvbf.pdf), letzter Zugriff: 07.12.2016, S. 11-14.

Kraus, L.; Piontek, D.; Pfeiffer-Gerschel, T.; Rehm, J. (2015) Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. In: Suchttherapie 16 (01), S. 18-26.

Kuhn, S.; Haasen, C. (2009) Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Abschlussbericht, [http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx\\_userzis/Kuhn\\_Haasen\\_2009\\_Abschlussbericht\\_Sucht\\_im\\_Alter.pdf](http://www.zis-hamburg.de/uploads/tx_userzis/Kuhn_Haasen_2009_Abschlussbericht_Sucht_im_Alter.pdf), letzter Zugriff: 07.12.2016.

Landesbeauftragter für Psychiatrie (2016) Sozialpsychiatrische Dienste der Bezirke, <https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/hilfe-in-krise/sozialpsychiatrische-dienste-der-bezirke/>, letzter Zugriff: 07.12.2016.

Lieb, B.; Rosien, M.; Bonnet, U.; Scherbaum, N. (2008) Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschr Neurol Psychiat* 2008; 76: 75-85.

Mayring, P. (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz (Beltz Pädagogik).

Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V. (ohne Jahr) Alkohol- und Medikamentenberatungsstelle, <http://www.drogennotdienst.org/angebote/Alkohol-und-Medikamentenberatungsstelle>, letzter Zugriff: 06.12.2016.

Rieck, E. M. (ohne Jahr) Sucht im Alter. [http://www.johannisches-sozialwerk.de/fileadmin/johannisches-sozialwerk/bilder/headerbilder/betreuung/Sucht\\_im\\_Alter.pdf](http://www.johannisches-sozialwerk.de/fileadmin/johannisches-sozialwerk/bilder/headerbilder/betreuung/Sucht_im_Alter.pdf), letzter Zugriff: 08.11.2016.

SEKIS (2016) Themenbereiche, <http://www.sekis-berlin.de/selbsthilfe/suche-nach-gruppen/themenbereiche/>, letzter Zugriff: 07.12.2016.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2009) Leistungsbeschreibung. Leistungstyp: Psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger (ambulanter Dienst), [https://www.berlin.de/sen/soziales/\\_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-4/mdb-brv\\_anlage4\\_lb\\_sdamb.pdf](https://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-4/mdb-brv_anlage4_lb_sdamb.pdf), letzter Zugriff: 06.12.2016.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014) Drogen und Sucht in Berlin. Situationsbericht 2014, <http://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/bilanz>, letzter Zugriff: 08.11.2016.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2015a) Suchthilfestatistik 2014. Jahresbericht zur aktuellen Situation der Suchthilfe in Berlin. Erarbeitet durch das Institut für Therapieforschung (IFT) München, [https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/\\_assets/service/suchthilfestatistik-berlin-2014\\_barrierefrei\\_korrigiert.pdf](https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/_assets/service/suchthilfestatistik-berlin-2014_barrierefrei_korrigiert.pdf).

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2015b) Sucht, Drogen. Rat und Hilfe. Wegweiser 2016.

SGB XI. Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung vom 26.05.1994, in der Fassung vom 18.07.2016.

Specht, S.; Brand, H.; Künzel, J.; Braun, B. (2016) Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Bundesland Berlin. Tabellenanhang zur Sonderauswertung Berliner Suchthilfestatistik – Ältere Klienten (ab 56 Jahren), Datenjahr 2014. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Statistisches Bundesamt (2016a) Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste 2013,  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101139004.pdf?__blob=publicationFile), letzter Zugriff: 21.11.2016.

Statistisches Bundesamt (2016b) Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegeheime 2013  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102139004.pdf?__blob=publicationFile), letzter Zugriff: 21.11.2016.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2010) Statistisches Jahrbuch 2010. Für die Bundesrepublik Deutschland mit „internationalen Übersichten“. Wiesbaden.

Tesch-Römer, C. (2010) Soziale Beziehungen alter Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.

Vogt, I. (2011) Lebenslaufperspektive auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen mit dem Schwerpunkt mittleres und höheres Lebensalter. In: Vogt, I. (Hg.) (2011) Auch Süchtige altern. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Vogt, I.; Eppler, N.; Ohms, C.; Stiehr, K.; Kaucher, M. (2010) Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Erarbeitung von Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Abschlussbericht.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Drogen\\_Sucht/Forschungsberichte/Studie\\_Repraesentative\\_Erhebung\\_zum\\_Umgang\\_mit\\_suchtmittel\\_abhaengigen\\_aelteren.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/Studie_Repraesentative_Erhebung_zum_Umgang_mit_suchtmittel_abhaengigen_aelteren.pdf), letzter Zugriff: 08.11.2016.

Westermann, B.; Witzerstorfer, D. (2011) Substitutionssenioren. Was sie brauchen und wie sie es bekommen. In: Vogt, I. (Hg.) (2011) Auch Süchtige altern. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I. (2006). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen. Repräsentative Ergebnisse aus der Stadt Mannheim. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19 (4), 229-235.

Wolter, D.K. (2012) Sucht im Alter. Zentrale Themen, Kontroversen und künftige Entwicklungen. PiA 9 (2) 161-180.

Wolter, D.K. (2015) Alkohol im Alter. Trinkgewohnheiten, risikoarmer Konsum und alkoholbezogene Störungen. Z Gerontol Geriat 2015, 48: 557-570.